

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.**

**Omar Agudo Díaz de Villegas**

**Pelotas, 2015**

**Omar Agudo Díaz de Villegas**

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família EaD da Universidade Federal de  
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta  
do SUS, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Ana Paula Soares.

Co-orientador: Fabio de Jesus de Sousa

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

V732m Villegas, Omar Agudo Diaz de

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Bela Vista, Uruguí/PI. / Omar Agudo Diaz de Villegas; Ana Paula Soares, orientador(a); Fabio de Jesus de Sousa, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

107 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Soares, Ana Paula, orient. II. Sousa, Fabio de Jesus de, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

Primeiramente agradecer a Deus por derramar suas bênçãos sobre mim, encher meu coração com sua força desde o princípio de meus dias.

À minha mãe por todo seu amor e sacrifício.

Às minhas filhas fonte de toda minha inspiração.

À universidade e todo o suporte docente oferecido.

A meus orientadores Fabio de Jesus de Sousa e Ana Paula Soares.

A toda a equipe de trabalho, a secretaria de saúde e à Prefeitura municipal pelo apoio durante todo o trabalho realizado.

Todo aquele que se dedica ao estudo da ciência chega a convencer-se de que nas leis do Universo se manifesta um Espírito sumamente superior ao do homem, e perante o qual nós, com os nossos poderes limitados, devemos humilhar-nos.

ALBERT EINSTEIN.

## Resumo

DÍAZ VILLEGAS, Agudo Omar. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.** 2015. 107f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No Brasil, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são dois graves problemas que atingem a saúde pública. Os Estudos demonstram que um controle adequado destas doenças crônicas a nível da Atenção Básica consegue a diminuição dos internamentos em hospitais, seqüelas e mortes prematuras por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. O objetivo de nosso trabalho foi focado na Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI. Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, mas por solicitação dos coordenadores do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – EAD a intervenção foi desenvolvida em 12 semanas. A intervenção teve um projeto que previa a realização de ações em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os dados foram coletados com ajuda da Planilha de Coleta de Dados e Ficha Espelho fornecidos pelo Curso. De acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde de Uruçuí, a população adstrita da UBS Bela Vista é de 4.972 pessoas, sendo 998 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e 285 pessoas com Diabetes, porém o número de DM cadastrados na intervenção superou a quantidade informada anteriormente na Análise Situacional. Com a implementação do projeto de intervenção foram cadastrados 998 usuários HAS e 305 usuários DM, atingindo uma cobertura de 100% da meta instituída. Vale destacar que esta intervenção garantiu o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar, com um maior nível de conhecimento dos profissionais alcançado mediante as diferentes atividades de capacitação da prática clínica e, além disso, promoveu o trabalho integrado da equipe de saúde com a comunidade, garantindo-se o engajamento público e o protagonismo dos profissionais na solução dos problemas em parceria com os gestores.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial; diabetes mellitus, doença crônica.

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia membros da equipe da UBS Bela Vista, Uruçuí, PI.2015	58
Figura 2	Fotografia de Atendimento clínico. Uruçuí, PI, 2015.	60
Figura 3	Fotografia de Atendimento clínico à criança. Uruçuí, PI, 2015.	60
Figura 4	Fotografia de atividade com Grupos coletivos Uruçuí,PI, 2015.	61
Figura 5	Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015	63
Figura 6	Gráfico Cobertura do Programa de atenção ao diabético na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015	67
Figura 7	Gráfico da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015	70
Figura 8	Gráfico da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia Priorizada na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015	71
Figura 9	Gráfico da Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015	72
Figura 10	Gráfico da Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015	73
Figura 11	Gráfico da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015.	74
Figura 12	Gráfico da Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015	75
Figura 13	Gráfico da Proporção de Diabéticos faltosos as consultas com busca ativa na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015	76

## **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção primária de Saúde
CAP	Caderno de ação programática
CAPS	Centro de atenção Psicossocial
CRAS	Centro de referencia de Assistência Social
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente transmissíveis
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
Hiperdia	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de apoio a Saúde da família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VD	Visita Domiciliar



## Sumário

Apresentação.....	7
1 Análise Situacional.....	8
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional. 23	
2 Análise Estratégica .....	24
2.1 Justificativa .....	24
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo geral .....	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	25
2.3 Metodologia .....	27
2.3.1 Detalhamento das ações .....	27
2.2.3 Indicadores.....	43
2.3.3 Logística .....	49
2.2.4 Cronograma .....	55
3 Relatório da Intervenção.....	57
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.....	57
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas .....	61
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	61
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	62
4 Avaliação da intervenção .....	63
4.1 Resultados.....	63
4.2 Discussão	82
5 Relatório da intervenção para gestores .....	90
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	95
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	97
Referências.....	102
Anexos.....	103
Anexo A Ficha espelho .....	104
Anexo B Planilha de coleta de dados.....	105
Anexo C Documento do comitê de ética .....	106
Anexo D Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias	107

## **Apresentação**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde- (UNASUS) / Universidade Federal de Pelotas) UFPel) na modalidade a distância é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. O volume está organizado em sete unidades de trabalho seqüenciais e interligadas. Na primeira parte observou-se a análise situacional desenvolvida na primeira unidade do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a terceira unidade do curso, que foi realizada na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores, construídos ao longo da quarta unidade. Na quinta e sexta parte estão o relatório de intervenção para a comunidade e para os gestores. Na sétima parte apresentamos a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização do trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de julho de 2014, e sua finalização ocorreu no mês de novembro de 2015, com a entrega do presente Volume, como Trabalho de Conclusão.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

Moro no município de Uruçuí do estado Piauí, que se encontra a sudoeste no estado do Piauí; este tem uma população de 21.210 habitantes cadastradas do ano 2014, masculino 9.929 e feminino 10.484, tem 5.697 famílias cadastradas, conta com dois médicos do programa mais médicos para completar a cobertura nas 10 Unidades Básicas de Saúde do município os quais são UBS Morrinhos área rural, ESF de Malícias área rural, UBS Pratinha, UBS Tucuns, UBS Dionísia Gomes Silva, UBS DR Jose Wiliam, UBS Getúlio Leitão, UBS Oziel Simplício Mendonça, UBS São Francisco, UBS Bela Vista, onde eu trabalho.

Encontra-se em reforma três UBS, São Francisco, Getúlio Leitão, Jose Wiliam, todas as UBS tem sala de recepção e acolhimento para as consultas agendadas, consulta espontânea, entrega de medicamentos, duas salas de enfermagem e procedimentos, uma de vacina e outra de curativo para atenção de enfermagem, uma sala de farmácia para medicamentos, dois consultórios, um para os médicos, e outro consultório odontológico, dois banheiros, cozinha e um área para atividades (lazer).

A UBS Bela Vista onde trabalho se encontra localizada na Avenida Airtom Sena, sem número, limites geográficos pelo norte Bairro Alto Bonito, Sul Aeroporto, Oeste Bela Vista; esta conta com 10 agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, uma técnica do programa de saúde na família, uma técnica para procedimentos, uma técnica na sala de vacina, duas recepcionistas, dois serviços gerais, dois vigias, um odontólogo, uma auxiliar de odontologia e um médico, tem uma autoclave, uma estufa e não tem equipo de sutura.

Nesta UBS fazemos atenção pré-natal, saúde da mulher e a criança (exame de colo de útero, exame de mamas), curativos, visitas a domicílio, atenção a idosos, acompanhamento a enfermidades crônicas e transmissível; a atenção na UBS é de segunda à sexta-feira de 8:00 h às 12:00 h e de 14:00 h às 17:30 h realizando as visitas a domicílio no carro da secretaria de saúde, atendendo até seis pacientes. Sexta-feira é dia de estudo, quarta à tarde temos atenção e reunião da ESF a partir de 15 horas, os exames de alta complexidade e encaminhamentos são transmitidos pela secretaria de saúde.

Nesta UBS realizam-se uma média de 20 consultas agendadas por dia, e cinco ou 10 consultas de casos de emergência ou demanda espontânea, os exames complementários que não são urgentes, como o de sangue e de urina (de três a sete dias), as radiologias e outros exames de imagem como UTG (de três dias), outros exames de alta complexidade (um mês), os encaminhamentos para outras especialidades (10 dias).

Nosso trabalho está apenas começando, sabemos que para começar as mudanças desejadas, temos que trocar muitas coisas no estilo de vida da população e trabalharemos nisso com todas as ferramentas que temos.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Uruçuí, município do estado Piauí, localiza-se às margens do Rio Parnaíba, que divide os estados Maranhão e Piauí, tem uma área de 8.452,025 km quadrados, com uma população de 21, 210 habitantes e uma densidade populacional de 2,38 hab./km quadrado, altitude de 167 m, tem um clima tropical. Localiza-se há uma distância de Teresina, capital do estado, de 453 km. Tem uma rede de saúde composta por 10 UBS, delas nenhuma tradicional, tem um hospital regional: Senador Dirceu Arcoverde, um CAPS, um SAMU, e um NAFAS que completa a cobertura de saúde do município.

A UBS Bela Vista onde trabalhamos fica na zona urbana no Bairro do mesmo nome, na periferia da cidade, fica num estreito vinculou com estruturas do SUS, como o NAFS, CAPS, SAMU, Hospital regional, o modelo de atenção é ESF tradicional, com uma ESF de saúde.

Nossa UBS é uma casa alugada pela prefeitura, onde foram criadas condições e ambientes para atenção e conforto da população, além disso, tem

dificuldades de ordem estruturais, como algumas barreiras arquitetônicas que não foram mudadas. A UBS se encontra nivelada, no sub nível de uma calçada e tem uma escada que dificultam a passagem de pessoas idosas ou deficientes físicas e motores, mas ela tem uma sala de acolhimento e recepção, tem sala de enfermagem, sala de curativos, sala de vacinação, consultório odontológico, cozinha, banheiro e consultório médico. As salas contam com equipamentos imobiliários necessários para um bom acolhimento e atenção ao usuário. E estão construindo um novo UBS com todas as condições e requisitos estruturais e arquitetônicos, segundo o protocolo. São certo que muitas são as limitações existentes no que diz respeito a melhorar a qualidade dos atendimentos nas unidades de saúde isso tendo em vista os projetos que são apresentados como modelos. Por exemplo, com uma adequada estrutura física seguindo padrões estéticos necessários para um bom acolhimento e atendimento. Assim, é necessário expandir e estimular reformas que visem melhorar a qualidade dos atendimentos. Importante é uma boa estrutura física com acessibilidade, isso estimula a ida do usuário às UBS.

A UBS apresenta uma boa estrutura física, um número de profissionais capaz de atender a demanda. No entanto, observando o questionário pude constatar que ainda faltam algumas coisas para melhorar, entre elas: nossa UBS não funciona os três turnos, não possui sala para coleta dos materiais a serem analisados em exames necessários. O prédio em que trabalhamos foi adaptado para ser uma UBS antes era uma casa de família, não funciona como uma unidade de ensino, não oferece serviços nos finais de semana. Possui equipamentos e instrumentos em quantidade suficiente para atender a demanda de atendimentos. Desde que começamos a trabalhar nunca faltou algo que pudesse limitar o nosso trabalho ou até mesmo que nós deixássemos de fazer um atendimento adequado. Com relação aos atendimentos de odontologia, esse é um dos mais elogiados por possuir uma estrutura adequada aparelhagem completa e dá um atendimento integral com relação à saúde bucal. É feito desde a prevenção e análise de enfermidades bucais às cirurgias dentárias menores como extração. No que atinge a disponibilidade de medicamentos e insumos complementares para assistência farmacêutica, a UBS consegue atender seus usuários e receitá-los com medicamentos necessários. Os de maiores usos são aqueles relacionados a HAS, DM, antidepressivos, anti-inflamatórios e soro para combater a desidratação. Quanto aos medicamentos

fitoterápicos e homeopáticos esses são os que costumam faltar na UBS, procuramos, de certa forma, compensar essa falta com indicações de plantas usadas para determinados tratamentos. Muitas são as dificuldades enfrentadas para um bom funcionamento das UBS. Na UBS onde trabalhamos não é diferente e existe algumas deficiências. Entre elas estão: funcionamento da UBS em três turnos só um dia, isso é importante visto que muitos problemas dos usuários surgem durante a noite, além do que muitos não dispõem de tempo para irem as unidades durante o dia, como os que trabalham. Agravado como a dengue não tem hora para aparecer sintomas, então é importante que questões como essas façam presente. Poderia, por exemplo, ser feita uma divisão dos profissionais para trabalharem nos três turnos e na noite funcionaria até às 22h00min. Além de muitos problemas dentários surgirem durante a noite, também tem o atendimento de emergência em período no turnos de mulheres grávidas entre outras emergências.

O prédio foi adaptado para funcionar como UBS isso é um ponto que limita a medida, que de certa forma inviabiliza a implantação de uma melhor acessibilidade, como portas e corredores adequados para a locomoção sem dificuldade dos cadeirantes e pessoas com dificuldades para locomoção ou até mesmo transporte de equipamentos ou móveis usados na UBS. Leva a reforma de algumas salas mais estruturadas que outras. Na verdade é necessário que essas UBS adaptadas funcionem por tempo limitado onde deve ser explanada a importância da construção de estruturas padrões para tornar o atendimento eficaz não só para os profissionais da saúde, mas para os usuários e assim estimular a ida dos mesmos as unidades em busca de atendimentos que visem não só a cura, mas também à prevenção.

É importante que os gestores da saúde tenham isso em mente sempre para que possam estimular a implantação dessas unidades mais planejadas. Onde os profissionais possam sempre mostrar suas opiniões com críticas construtivas para estimular a oferta de serviços cada vez mais eficaz.

A programação dos atendimentos em consulta e visitas domiciliares se faz a partir das avaliações feitas e as reuniões da ESF com as agentes de saúde comunitárias, priorizando idosos, encamados, patologias crônicas descompensadas, altas hospitalares para continuar o acompanhamento até sua completa recuperação, gestantes, crianças, recém-nascidos, puérperas. Além disso, aproveitamos a cobertura para fazer a visitas de usuários que faltam à programação de consultas,

os grupos de riscos, e os possíveis agravos e as enfermidades de declaração compulsórias.

Todas as semanas, nas quintas feiras, à tarde, a ESF se reúne para tratar as estratégias da próxima semana, planificar as reuniões com os grupos e se discute os pedidos de insumos para o funcionamento da UBS.

Em nosso trabalho fazemos um acompanhamento do plano terapêutico proposto ao usuário tanto nas situações de encaminhamento como nas internações hospitalares, utilizando as referências e os contras referenciam que são de vital importância para o desenvolvimento de nosso trabalho. O modelo de atenção é de ESF, minha população assistida é de 20 - 30 pacientes no dia como media, mas com dias que é maior, a ESF que assistimos tem uma população 4.972 pessoas, para um total de 913 famílias. Os horários de consultas são marcados evitando assim longas filas e um trabalho cansativo. Atenção de segunda a quinta feira de 8:00 a 12:00 m e de 14:00 às 17:00 horas. Sexta só estudo. A ESF se reúne todas as quintas feiras além das reuniões da secretaria de saúde com os médicos para discutir temas como as doenças mais freqüentes, atualizações de protocolos médicos, inquietudes, qualidades do trabalho, queixas da população, e os diferentes programas de saúde existentes onde seus representantes expõem o avanço do programa dirigido por eles, em geral, todas as UBS do município contam com sala de espera, recepção para atenção de agenda, consulta espontânea, entrega de medicamentos, salas de procedimentos e curativos, consultório odontológico, sala de vacina, banheiros, cozinha, lavanderia.

Atuamos na prevenção de complicações e reabilitação de pacientes com doenças transmissíveis (prevalecem agravos de transmissão sexual e parasitárias) e DCNT (prevalecem DM, HAS e asma) usando palestras educativas que visam mostrar à população formas de prevenção, ressaltando que o trabalho não acontece apenas dentro do posto de saúde, fazemos VD periódicas na comunidade com ajuda de outros profissionais pertencentes a redes como o CAPS e NASF também com esse objetivo de ajudar na reabilitação do paciente, A UBS trabalha com todos os públicos desde as gestantes aos idosos.

O município está diretamente relacionado aos atendimentos que acontecem na UBS com total atenção para usuários que necessitem de atendimentos mais aprofundados no pronto socorro do município e isso é essencial à medida que conseguimos dá integralidade ao paciente. Existe no município NASF, CAPS, com

atenção especializada como psiquiatria e otorrinolaringologia, além de um hospital de referência regional, quatro clínicas laborarias, das quais uma trabalha com o SUS.

Fazemos reuniões na comunidade todos os meses onde se expressam propostas e analisam duvidas da população e trabalhadores da UBS, por nossa parte damos uma pequena aula nessa reunião sobre as enfermidades mais comuns e sua prevenção. No espaço onde trabalho tem uma escola aonde nós programamos atividades de prevenção uma vez ao mês. A população assistida pela UBS fica muito agradecida e feliz com nosso trabalho, pois nós sempre buscamos o jeito de incorporar- lhes a nosso trabalho. Trabalhamos em pesquisas ativas de líderes na comunidade, sociais, religiosos, políticos, para de essa forma poder alcançar os recursos para ela, além de que possam potencializar ações Inter setoriais com a equipe de saúde da UBS. Nossa ESF se mantém numa constante atualização dos programas e protocolos para poder brindar uma atenção de saúde de qualidade e poder preparar os lideres, os grupos e a população em geral, nos diferentes temas de saúde de interesse para eles e para sistema nacional de saúde. Desta forma poder melhorar a qualidade de vida da população e fazer as mudanças necessárias para ter os resultados que esperam de nosso trabalho, as autoridades e a população em geral. O profissional da saúde tem que ter um protagonismo em cada UBS, interagindo com as diferentes organizações sociais, políticas e religiosas, vinculando-as e procurando fazer um trabalho em conjunto para encontrar soluções aos problemas da comunidade onde o médico com sua EFS tem que ter um protagonismo para que as atribuições levem a mudanças que precisamos.

A nossa ESF faz sempre programas de alerta e incentivos as imunizações assim os usuários vêem a necessidade e importância de ser imunizado. Contudo conseguiremos sempre alcançar a meta estipulada com base em campanhas anteriores. Desde as gestantes às pessoas idosas são imunizadas de acordo com os programas necessários.

É necessário que se tenha um contato entre profissionais e usuários pois estes são considerados a porta de entrada do SUS, o centro distribuição e orientação de saúde, que permite garantir a qualidade dos tratamentos e acompanhamentos dos usuários. Sempre observando os princípios da Universalidade, Integralidade e Igualdade. Sendo esta, uma necessidade real, promover o contato direto com o usuário como dito é fundamental não só para o



indivíduo em si mas para toda a comunidade pois esta é uma das formas de colher informações a respeito dos problemas de saúde existente na localidade. Quanto a busca por este contato possuímos algumas limitações, sobretudo no que diz respeito em conseguir um tempo para conversar com o usuário, pois a maioria possui o pensamento antigo de ir em busca de saúde só no momento em que está doente. Fazer com que o usuário procure uma UBS é uma limitação que afeta ele próprio pois não se consegue fazer um trabalho de prevenção com qualidade, por ser difícil traçar metas e analisar os resultados de programas feitos pela UBS quando o indivíduo se afasta e mesmo para os profissionais de saúde pois é útil e necessário se ter um contato com o usuário não só no momento de consultas.

Em relação à população da área adstrita a população vinculada à equipe é de 4.972 pessoas muito mais do que o MS estabelece para a população mínima para ser acompanhando por uma equipe de ESF. Na tabela 1 temos a Distribuição da população segundo sexo e faixa etária estimados segundo o CAP para a população da área de abrangência da UBS Bela Vista em Uruçuí-PI.

**Tabela 1-Distribuição da população segundo sexo e faixa etária estimados segundo o CAP para a população da área de abrangência da UBS Bela Vista em Uruçuí-PI.**

<b>POPULAÇÃO ESTIMADA</b>	
<b>Mulheres em idade fértil (10-49 anos)</b>	1619
<b>Mulheres entre 25 e 64 anos</b>	1202
<b>Mulheres entre 50 e 69 anos</b>	372
<b>Gestantes na área - 1% da população total</b>	49.72
<b>Menores de 1 ano</b>	75
<b>Menores de 5 anos</b>	150
<b>Pessoas de 5 a 14 anos</b>	929
<b>Pessoas de 15 a 59 anos</b>	3119
<b>Pessoas com 60 anos ou mais</b>	529
<b>Pessoas entre 20 e 59 anos</b>	2638
<b>Pessoas com 20 anos ou mais</b>	3167
<b>Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão</b>	998
<b>Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes</b>	285

Ao preenchermos o CAP com os dados levantados na UBS vimos, por exemplo que para a estimativa de crianças menores de 1 ano para a área de abrangência não condiz com a nossa realidade.

É importante que as equipes de saúde estejam sempre integradas e abertas a fim de perceber as necessidades reais da população, integrar o atendimento e oferecer tecnologias sempre buscando um melhor atendimento ao usuário.

É necessário atender a demanda espontânea, pois o usuário também é capaz de entender qual a sua situação de saúde. Assim, é fundamental que o usuário seja sempre visto e ouvido para a resolução do problema. Além de que, o acolhimento a essa demanda é fundamental para o fortalecimento de vínculos com os profissionais da unidade básica.

O atendimento à demanda espontânea na UBS é realizado da seguinte forma: quando o usuário chega a Unidade Básica de Saúde (UBS) sem ter agendado a atividade é verificado se o mesmo precisa de atendimento específico de rotina da unidade. Caso ele precise, o mesmo é encaminhado ao setor que ele requer como, por exemplo: coleta de exame, vacina, inalação, farmácia ou mesmo a sala de procedimento. Caso ele não precise, é levado a uma sala para escuta do usuário com avaliação do mesmo observando os riscos biológicos e se é vulnerável a alguma enfermidade. Então, partindo disso, se observa as demais necessidades do usuário. Caso o usuário chegue a unidade sem agendamento é observado as prioridades como crianças, gestantes, idosos e casos agudos.

Na minha UBS, o acolhimento é realizado pela recepcionista e técnica de enfermagem geralmente, mas muitas ações se encontrar algum membro da equipe na sala nesse momento participa do acolhimento do usuário. Mas, quase sempre, são elas que recebem e escutam pela primeira vez os usuários, para, depois, definir o grau de necessidade de cada um, priorizando a ordem de atendimento.

O acolhimento escuta e a criação de vínculos é a maneira adequada para lograr uma boa organização da demanda espontânea é muito importante, para isso é preciso a preparação por parte de equipe de trabalho da unidade de saúde para explicar e encaminhar aos pacientes e classificar os riscos. Tudo isso é buscado por meio da integração entre profissionais e usuários.

Em relação a saúde da criança, os programas existentes para oferecer atenção básica a saúde da criança possui metas que visam promover a saúde, prevenir doenças, tratamentos e reabilitação. Devem ser feitos por uma equipe de diversos profissionais. A saúde infantil é há anos uma das prioridades dos governantes a fim de manter o crescimento e desenvolvimento das crianças em todos os aspectos seja físicos, emocional e social. A puericultura é de extrema importância à medida que atua na prevenção e promoção da saúde buscando sempre manter a criança saudável para que a mesma atinja a idade adulta sem a interferências vindos na infância. Como profissional médico procura sempre fazer

revisões periódicas com ações voltadas não apenas ao campo clínico, mas vendo o lado epidemiológico e social envolvendo o indivíduo, a família e a comunidade. Onde a família desempenha papel importante a medida que o olhar para a criança começa em casa. É importante mencionar que muitas doenças no adulto podem estar relacionadas com alguma intercorrência na infância e é papel do médico observar isso, por exemplo, o baixo peso ao nascer muitas vezes se relaciona com problemas circulatórios, diabetes e até mesmo a obesidade. Outro exemplo é a estimulação do aleitamento materno, fator de proteção contra a hipertensão arterial. Na unidade de saúde que trabalho nós profissionais atendemos sempre as ações básicas de saúde preconizada pelo Ministério da Saúde que são: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, promover o aleitamento materno e orientações para o desmame, prevenir e controlar doenças diarreicas, prevenção e controle das infecções respiratórias agudas além da imunização. Essas ações são básicas e com elas é possível se ter um desenvolvimento saudável durante toda a vida.

Na análise do Caderno de ações Programáticas temos que estavam estimados 75 crianças menores de 1 ano e já acompanhamos 100% desta população. Nos indicadores de qualidade vemos nos nossos registros temos que das 75 acompanhadas 63 (84%) estão com consultas em dia, conforme o protocolo do Ministério da Saúde. Todas as 75 (100%) acompanhadas fizeram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida , realizaram a Triagem auditiva.

Todas as 75(100%) crianças foram monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento na última consulta e foram avaliadas quanto à saúde bucal. As mães das 75 (100%) foram orientadas sobre a importância de se manter o aleitamento materno exclusivo como fonte de alimentação da criança e sobre os cuidados para a prevenção de acidentes. Todas as 75 (100%) das crianças menores de 1 ano da nossa área de abrangência estão com as vacinas em dia.

Apesar de serem poucos os indicadores de qualidade da atenção à saúde da criança estes são capazes de indicar os principais pontos referentes à avaliação da saúde da criança. Com eles podemos fazer uma análise integral da qualidade de vida da criança. Para melhorar a qualidade de atenção à saúde da criança na UBS em que trabalho acredito que ampliar o acesso da população as UBS com questões que envolvam o ouvir o que a população precisa sobretudo aqueles grupos de riscos. Além de outros programas que visem informar a população a importância de

se buscar atendimentos nas UBS que envolvam não só o tratamento mas também a prevenção

O Pré-Natal é o cuidado dispensado às mulheres durante todo o ciclo gravídico-puerperal (gestação, parto e puerpério), é um dos momentos mais felizes na vida de uma mulher em uma gravidez desejada. Isso porque ela está acompanhando o crescimento de seu filho. Assim torna um momento oportuno de enriquecer os laços entre país e criança. Fazer um acompanhamento gestacional adequado é importante à medida que permite a possibilidade de vir ao mundo uma criança saudável.

O objetivo primordial do pré-natal é prevenir a mortalidade e morbidade da mãe e da criança através de uma série de cuidados e recomendações, que incluem:

- ações de promoção da saúde.
- prevenção de doenças.
- diagnóstico precoce.
- tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.

Em quanto aos indicadores da qualidade de atenção pré-natal em minha UBS é fundamental importância ter a completa cobertura de toda a área da UBS com o conhecimento por parte das gestantes dos programas de Humanização no Pré-Natal, as consultas de controle por seu tempo gestacional, e avaliação de riscos, o acompanhamento das grávidas com doenças crônicas como a diabetes e hipertensão arterial entre outras, o atendimento odontológico e do nascimento com base nos princípios adotados no programa.

Analizando o CAP vimos que 100% das gestantes da na área de abrangência temos 74 mulheres em período gestacional . Sabemos a cada dia que para qualificar a atenção ao pré-natal devemos trabalhar mais na promoção de saúde, mediante as palestras públicas e visitas domiciliares, e em conjunto também com os agentes de saúde visando à captação precoce de nossas grávidas. Também nas atividade de educação em saúde precisamos trabalhar temos importantes como aleitamento materno, ablactação, dieta saudável, prática de exercícios físicos entre outras . Interessante seria que conseguíssemos para isto trabalharmos com a equipe multiprofissional. .

Quanto aos indicadores da qualidade de atenção pré-natal temos que o número de gestantes com Pré-natal iniciado no 1º Trimestre foi de 92%, já que algumas vezes chegam a UBS em um período avançado de gravidez depois do

terceiro-quarto mês. Devemos trabalhar mais na promoção de saúde, mediante as palestras públicas e visitas domiciliares, e em conjunto também com os agentes de saúde visando a captação precoce de nossas grávidas. Este indicador trouxe como consequência que para o indicador de qualidade de solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados também foram em 92% já que as grávidas que não foram contatadas no primeiro trimestre não se realizaram com elas os exames desse trimestre.

Para o indicador de consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, todas as gestantes estão atendidas de acordo ao calendário ficando este indicador em 100%. Nos indicadores Vacina antitetânica conforme protocolo, Vacina contra hepatite B conforme protocolo, Prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, Avaliação de saúde bucal e Orientação para aleitamento exclusivo temos realizado em 100% das gestantes acompanhadas.

Para o indicador de Exame ginecológico por trimestre, foi em 92%, já que somado às gestantes que não foram contatadas no primeiro trimestre, 1 delas ainda não assistem à consulta de gineco-obstétrica alegando falta de recursos econômicos para viajar para a capital aonde fazem essas consultas.

Ao observar a cobertura de consulta de puerpério vejo que este está satisfatório onde conseguimos atender e cobrir toda a área abrangida pela UBS 74(100%). Aonde vamos perceber que para todos os indicadores de qualidade: Consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, Tiveram a sua consulta puerperal registrada, Receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, Receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo, Receberam orientação sobre planejamento familiar, Tiveram as mamas examinadas, Tiveram o abdome examinado, Realizaram exame ginecológico, Tiveram seu estado psíquico avaliado, Foram avaliadas quanto a intercorrências; foram de 100 %.

Para melhorar e ampliar a qualidade de atenção ao pré-natal deveriam ampliar os programas de prevenção à gravidez precoce fato muito comum na comunidade; além da conscientização da importância de se ter uma gravidez planejada. É também de fundamental importância que a mãe saiba de todos os direitos inerentes ao programa de Humanização no Pré-Natal com todos os seus princípios. Que esta não vá a UBS sem saber da importância de estar acompanhada e que ela saiba dos benefícios futuros que um acompanhamento adequado traz a

ela e a criança. Tudo isso em parceria com profissionais da saúde, gestores e usuários.

Prestar atenção para programas de saúde como a prevenção de câncer de mama e útero é uma de nossas prioridades. O câncer de mama vem sendo considerado uma epidemia nas últimas décadas; a doença possui manifestações clínicas e morfológicas variadas; é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o mais comum entre as mulheres em todo o mundo. Corresponde por 22% dos novos casos a cada ano. Os principais fatores de risco para a doença estão relacionados à vida reprodutiva da mulher, exposição a radiações ionizantes e o processo de urbanização. A prevenção primária desse tipo de neoplasia ainda não é totalmente possível, no entanto alguns países como, por exemplo, o Brasil emprega como principal estratégia de rastreamento o exame clínico anual das mamas. O câncer de colo de útero é outro problema de saúde pública no Brasil e no mundo. As altas taxas são explicadas pela dificuldade em se fazer o rastreamento das mulheres. E o diagnóstico precoce desse problema é importante pois quanto mais cedo diagnosticado mas fácil é a cura. Assim as UBS desempenham um papel importante na prevenção desses problemas à medida que devem procurar forma que levem às mulheres as unidades de saúde na busca não só do tratamento mas sobretudo da prevenção. Na minha UBS procuramos fazer palestras na comunidade e fixar cartazes falando sobre a importância da prevenção dessas enfermidades. Com relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero: A forma de registro na UBS mediante os cadernos e prontuários permitiu da parte que consta essa questão, visto que o registrado se aproxima do preconizado como consta no caderno.

Considero uma avaliação positiva. Acredito que em virtude dos programas de prevenção feito pelo governo e a atenção voltada a todas as mulheres da comunidade, para o Total de mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero e de 1202 mulheres, para um 100%.

Nos indicadores da qualidade o número de mulheres com Exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia é 989 (82%), Exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso 0%, Exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado nenhum foi positivo , com Avaliação de risco para câncer de colo de útero 473, a todas se brinda Orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e Orientação sobre DST (vírus

do papiloma humano) , temos pendente 375 exames coletados em outubro que ainda ficam os resultados.

Acredito que todo programa pode ser aperfeiçoado para estimular a ida das mulheres na UBS para prevenção do CA de Colo de Útero. Temos que estimular com palestras e conscientização do problema que pode ser acarretado caso não façam a prevenção. Quanto a cobertura a maior dificuldade é com relação a zona rural por conta da dificuldade no acesso. No entanto conseguimos cobrir a população assistida na área de abrangência da UBS.

Para não perder o seguimento de mulheres com o exame alterado deve a equipe mostrar a importância do programa de prevenção.

Com relação ao CA de Mama: também se utilizaram os registros de cadernos e prontuários da UBS. Isso é importante a medida que podemos comparar os dados obtidos com o que diz o Ministério da Saúde.

Temos na UBS um número positivo de cobertura de mulheres na prevenção do CA de Mama. Isso em virtude dos programas existente na UBS a fim de levar as mulheres a UBS além do auto exame. Para um total de mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama temos uma cobertura de 372 (30%), e assim vemos que precisamos adequar as ações de prevenção de Câncer de mama para aumentar a cobertura.

Existem 1037(86%) de mulheres com mamografia em dia e temos 165 (13%) com mais de 3 meses em atraso. Foram avaliadas sobre o risco para câncer de mama 607(50%), e todas receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Acredito que estamos fazendo um trabalho positivo na prevenção do CA de Mama. No entanto questões como a importância do auto exame deve ser ressaltada para que se possa fazer um trabalho mais satisfatório. E isso é possível com visitas aos domicílios, palestras e cartazes na comunidade falando sobre o problema.

As estratégias acredito ser mostrando qual a necessidade de se fazer sempre a prevenção e controle da saúde. A fim de evitar problemas posteriores. Se bem estes programas são importantes, não podemos esquecer do programa HIPERDIA. O tema hipertensão é algo bastante útil de ser discutido pelos profissionais da saúde e explanado para toda população. Por ser algo comum nos últimos acometendo entre 15% e 20% da população adulta, em plena fase produtiva e, mais de 50% dos idosos segundo o Ministério da Saúde (1,2). É muito importante

que população de risco esteja sempre em alerta onde toda pessoa a partir dos 40 anos visite um médico para avaliar o estado geral do coração. Onde deve ser informado por os profissionais da saúde, medidas preventivas, como manutenção do peso ideal, pratica de atividades física, uma dieta equilibrada e o não uso de álcool ou fumo. Onde podemos ampliar a cobertura das ações voltada a prevenção e procura por UBS com palestras, visitas nas residências, nas escolas e distribuição de panfletos educativos. Em conjunto com a informação obtida pelos cadernos e prontuários encontrados na UBS pude fazer observações com o que é preconizado pelo MS. De acordo com o CAP o número de hipertensos maiores de 20 anos estimados para a área é de 998, Estamos com 576 com a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 925 (92%) com exames complementares periódicos em dia, 971 (97%) com avaliação de saúde bucal em dia e os 998 (100%) com orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável .

Apesar de poucos serem os indicadores esses conseguem mostrar os resultados e permitir uma avaliação por nós profissionais da saúde. Percebo que minha equipe consegue aproximar aos objetivos desejados e com os programas que desenvolvemos só temos a ganhar no que diz respeito a alcançar os usuários atingidos pela doença e prevenir aqueles que não a possuem. Já que nas visitas para o interior a equipe faz todo o possível por ir completa para brindar não somente atenção de medicina geral, mas também odontologista, vacinação e demais.

Com relação ao DM mediante o preenchimento do CAP temos registrados 285 pessoas com diabetes mellitus, no entanto precisamos aumentar o rastreamento e sempre buscar alternativas que visem a prevenção da doença; precisando de maior atenção para com a população de risco e por ser a DM uma doença silenciosa precisa ser mais divulgada medidas de prevenção e controle.

Nossos indicadores de qualidade avaliados vimos que os 285 usuários maiores de 20 anos com diabetes mellitus acompanhados na UBS estão todos com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, com exames complementares periódicos em dia , com exame físico dos pés nos últimos 3 meses e com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses ,com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses ,com orientação sobre prática de atividade física regular ,com orientação nutricional para alimentação saudável e com avaliação de saúde bucal em dia .



Precisamos divulgar mais a respeito da doença no que diz respeito a forma de prevenção e não visarmos apenas pessoas com idade adulta mas sobretudo a população em geral, procurando modificar estilos de vida. Precisando incentivar a população com medidas que chame a atenção dos mesmo para que procurem a UBS e se informe mais a respeito da doença. Medidas que incluam: palestras, visitas em escolas, residências e trabalhos nos locais públicos.

Outro grupo importante para nosso cuidado é os idosos, falar da saúde do idoso é algo interessante visto que vivemos em um mundo onde o número de pessoas acima de 60 anos só aumenta. No Brasil por exemplo, em 2030 o número de pessoas com mais de 60 anos será o maior do país. Sendo assim é importante que todos os profissionais da saúde estejam voltados para esse público.

A forma com a qual registro as informações mediante os diferentes documentos que existem na UBS (prontuário, cadernos de idosos) referentes a esse assunto me permite observar resultados e fazer análises da forma com a qual venho trabalhando.

O número de pessoas com mais de 60 anos na UBS 185 (67%) que trabalho é menos quantidade o que preconizado pelo caderno. Acredito que esse número seja em decorrência dos programas que são oferecidos a esse público e as visitas domiciliares e com a realidade da área de abrangência.

Os indicadores são poucos porem nos permite fazer avaliações do nosso trabalho e observar pontos que podem ser mudados para ampliação da cobertura. Observo que nós profissionais da UBS estamos conseguindo alcançar nossos objetivos mas isso não quer dizer que não exista pontos que não possam ser mudados. Me refiro no aspecto de ampliação de atendimento na busca por mais usuários. Podemos melhorar as divulgações dos trabalhos de prevenção e importância de se buscar as UBS. Trabalhos esses que visem prevenção, tratamento e aspectos que mudem a vida desses usuários como por exemplo a necessidade da prática de se fazer atividade física. Onde devemos aumentar o número de visitas domiciliares e em lugares que exista pessoas com mais de 60 anos como por exemplo as pastorais da pessoa idosa existente na cidade.

Falar sobre desafios e recursos é importante por reconhecer o que se tem feito e o que precisa ser melhorado na UBS em que trabalho pois todo trabalho por melhor que seja pode ser aperfeiçoado. Na UBS que trabalho vejo como principais recursos o que diz respeito a equipe profissional existente onde todos são

empenhados e buscam fazerem seus trabalhos da melhor maneira possível possibilitando assim um melhor atendimento ao usuário e maior cobertura da população assistida. A UBS possui também uma ótima estrutura física, com aparelhos adequados e salas que permitem a realização de um trabalho eficaz. Com relação ao que precisa ser melhorado vejo tentar buscar a maior participação popular nas decisões de saúde e busca de ampliar o melhor atendimento. Além de se buscar uma melhor interligação entre os setores de saúde a fim de melhorar o atendimento relacionado a referência e contra- referência

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.**

Fazendo uma análise retrospectivo podemos dizer que em comparação com as primeiras semanas de ambientação, a equipe melhorou muito em seu trabalho e as mudanças são visível, aumentaram em números os atendimentos, as atividades em promoção, prevenção e reabilitação em saúde, aumentaram também significativamente o trabalho com todos os grupos, se consolidaram os grupos de gestantes, idosos, tabagistas, que sim vem existiam não tinham um acompanhamento regular pela equipe, além disso é bom sinalar que a demanda espontânea aumentou em consultas, se fizeram regulares as visitas domiciliares, fato este que não era feito regularmente em minha unidade por não permanência do médico.

Estamos intentando fazer mudanças de estilo de trabalho a partir de estudar cada ação programática e da análise situacional, avaliando que podemos fazer, em cada uma das ações a serem desenvolvidas, vendo como estava cada uma delas e que poderíamos melhorar com nosso trabalho. Logo de fazer este analises temos uma idéia mais clara de donde estamos e para donde queremos chegar com nosso trabalho de intervenção, pelo que tenho a certeza que ficamos prontos para realizar o projeto de intervenção com ajuda e guia do orientador e as normas e protocolos que preconiza o Ministério da Saúde para cada ação programática.

## **2      Análise Estratégica**

### **2.1    Justificativa**

No Brasil, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são dois graves problemas que atingem a saúde pública . Os Estudos demonstram que um controle adequado destas doenças crônicas a nível da Atenção Básica consegue a diminuição do internamentos em hospitais, seqüelas e mortes prematuras por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (apud Brasil a, 2013, p19) a prevalência da HAS no Brasil I varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. De acordo com Alfadrique (2009 apud BRASIL, 2013 b, p. 19) o Diabetes Mellitus é “um problema de saúde considerado Condição Sensível à APS, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares”.

A UBS/ESF Bela Vista está localizada na cidade de Uruçuí, sul do Piauí. A mesma se encontra no Bairro Bela Vista localizado na periferia da cidade. temos a seguinte estrutura física: sala de recepção, sala de espera com cadeiras, consultórios médicos, consultórios de odontologia, sala de enfermagem, sala de vacina, sala de curativos, banheiros para a equipe e outro para os usuários, sala de higienização, coleta, espaço para palestras e cozinha. A equipe é formada por 1 médico, 1 odontólogo, 1 auxiliar de consultório odontológico , 1 enfermeira, 3 técnicas de enfermagem, 10 agentes comunitários de saúde, 2 recepcionistas e 2 auxiliares de serviços gerais . A população vinculada à equipe é de 4.972 pessoas.

A escolha dessa intervenção foi realizada por meio de reuniões com toda a equipe da UBS onde levamos diversos pontos como, por exemplo, a comparação da população estimada de hipertensos e diabéticos da área de abrangência e os indicadores de cobertura e qualidade que tivemos no preenchimento do CAP. Sabemos também que em nossa área temos uma alta incidência de obesos, fumantes, pessoas com estresse, sedentarismo e outros fatores de risco. Também observamos que é alta a nossa demanda para atendimento agendado e de demanda espontânea para este público alvo.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Objetivo 3:** Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

**Meta 3.1:** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4:**Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.5:** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6:** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.7:** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8:** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Bela Vista, no Município de Uruçuí estado de Piauí. O público alvo desta intervenção serão os adultos maiores de 20 anos de idade portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta1.2:Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Monitoramento e avaliação:**

**Ação:**

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Detalhamento:** O monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão prontuário, caderno de doenças crônicas não transmissíveis, caderno de vacinação, a planilha de coleta de dados e a ficha espelho programa de atenção aos hipertensos e diabéticos. Assim, a cada 7 dias, em reuniões agendadas, os membros da equipe toda, farão checagem dos hipertensos e diabéticos cadastrados e dos registros citados. Desta forma, será verificado a data da próxima consulta, exames, e comunicarão os agentes comunitários de saúde nas reuniões de equipe realizadas na semana.

### **Organização e gestão do serviço**

#### **Ações:**

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Será realizado o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita. O acolhimento será realizado pela enfermeira e técnica em enfermagem da unidade. Os usuários com cifras tensionais elevadas ou cifras de glicemia elevada serão assistidos na consulta para ampliar a captação precoce, sem a necessidade de agendar consulta. Os hipertensos e diabéticos que procurarem a UBS com problemas agudos serão assistidos no mesmo turno para agilizar o tratamento e prevenção de complicações. Todos os que vierem a consulta sairão da unidade com a próxima consulta agendada. A secretaria estará encarregada de garantir os materiais para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste, todos em perfeito estado e quantidades suficiente ao princípio e durante a intervenção se precisara, a técnica de enfermeira será a encarregada do monitoramento do funcionamento destes durante a intervenção, se existisse algum

erro nestes materiais, ela realizara o troque na secretaria por outro em bom estado de funcionamento.

### **Engajamento público**

#### **Ações:**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** A comunidade será esclarecida sobre a importância da prevenção e tratamento da hipertensão e diabetes e de suas complicações, e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento a esse grupo de doenças. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizados por toda equipe. Será utilizado também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

### **Qualificação da prática clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.



**Detalhamento:** A capacitação dos profissionais da unidade vai ser feita na própria unidade pelo médico e enfermagem cada quinze dias a todo o pessoal da saúde. A capacitação dos ACS vai ser feita na unidade de saúde também cada 7 dias nas quatro primeiras semanas da intervenção pelo médico e enfermagem.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

## **Monitoramento e avaliação**

### **Ações:**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada."
- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada."

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** O monitoramento das ações será realizado semanal. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão prontuário odontológico e cadernos de registro de HIPERDIA. Assim, a cada 7 dias, em reuniões agendadas, o odontólogo e técnica em odontologia, farão checagem dos usuários cadastrados e dos registros citados monitorando os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico. Desta forma, será verificado a data da próxima consulta, exames e comunicarão os agentes comunitários de saúde nas reuniões de equipe realizadas na semana. A técnica de enfermeira vai monitorar de forma semanal o acesso aos medicamentos de farmácia Popular/ HIPERDIA, de forma direta com os registros que possuem as estas farmácias para a liberação dos medicamentos aos usuários.

### **Organização e gestão do serviço**

#### **Ações:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados."

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. "

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos;

- organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** No exame clínico dos usuários, a enfermagem e técnica de enfermagem aferiram a pressão e realizaram o teste de glicemia, na unidade. O médico realizara o resto de exame clínico (físico) e o odontólogo realizara o exame bucal. A enfermeira será a encarregada de organizar os dias e temas para a capacitação de forma semanal durante as primeiras quatro semanas durante as dos profissionais da equipe, assim se atualizando neste período os profissionais, com as versões atualizadas dos protocolos que serão impressas para cada Profissional na secretaria de saúde. A secretaria de saúde ajudara com a agilização dos exames complementários permitindo um mínimo de dois dias de demoras para sua relação depois da requisição. Estabelecendo sistema de alerta por parte de técnica de enfermagem dos exames complementários preconizados e do controle de estoque dos medicamentos semanalmente. Para manter por parte da técnica de enfermagem o registro das necessidades de medicamentos dos usuários da população alvo cadastrados. Será realizado o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos. O acolhimento deles será realizado pela técnica em odontologia da unidade. Os usuários da população alva com queixas odontológicas serão assistidos na consulta para ampliar a captação e tratamento precoce. Deles os que buscarem consulta de rotina terão prioridade o agendamento, com demora menor que 3 dias. Todos os que vierem a consulta odontológica sairão da unidade com a próxima consulta agendada. A secretaria vai dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde em quantidades suficientes para toda a equipe.

### **Engajamento público**

#### **Ações:**

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes; e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares."

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** A comunidade será esclarecida sobre a importância da realização de exames de avaliação e prevenção de complicações, assim como quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes; e sobre a importância dos cuidados nos pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento aos hipertensos e diabéticos. Será utilizado também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares sobre a realização de exames. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões quinzenais realizadas com as pessoas da comunidade, líderes comunitários, serão discutidos esses temas.

### **Qualificação da prática clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e da diabetes.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. "

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e dos diabéticos.

**Detalhamento:** A capacitação da equipe será feita na unidade de saúde semanalmente durante as primeiras 4 semanas, tirando as dúvidas sobre o exame clínico apropriado, será encarregado o médico e enfermeira, assim como enfatizar o

protocolo seguir para solicitação de exames complementares, alternativas de orientação aos usuários para obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular (Hiperdia); e avaliação da necessidade de atendimento odontológico destes usuários. Será feita neste período também pelos mesmos responsáveis a atualização no tratamento da hipertensão e diabetes.

**Objetivo 3:** Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

**Meta 3.1:** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

### **Monitoramento e avaliação**

#### **Ações:**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

**Detalhamento:** O monitoramento das ações será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão prontuário médico e odontológico, caderno de vacina e registro de doenças crônicas. Assim, a cada 7 dias, em reuniões agendadas, a equipe toda, farão checagem dos cadastrados e dos registros citados. Desta forma, será verificado que as consultas este em dia.

### **Organização e gestão do serviço**

#### **Ações:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares."
- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares."

**Detalhamento:** Será realizado a pesquisa de todos os faltosos da população alvo da área adstrita pelos agentes de saúde e técnica de enfermagem, de forma semanal nas visitas domiciliares, ajudado com o transporte brindado pela secretaria de saúde. O acolhimento dos usuários será realizado pela enfermeira da unidade, que será imediato sem a necessidade de agendar consulta. Os provenientes das buscas domiciliares que procurarem a UBS com problemas serão assistidas no mesmo turno para agilizar o tratamento precoce. Os que buscarem consulta de rotina terão prioridade o agendamento, com demora menor que 3 dias. Todos os que vierem a consulta sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

### **Engajamento público**

#### **Ações:**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas."
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas."

**Detalhamento:** A comunidade será esclarecida sobre a importância da periodicidade das consultas na unidade de saúde. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento à população alvo. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com diabetes e hipertensão, será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, e em todas as consultas/atendimentos. Assim como nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:**

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** As capacitações serão feitas na unidade de saúde se forma ao no primeiro mês da intervenção, pela enfermeira para orientar aos ACS da importância e orientação dos hipertensos e diabéticos das consultas e sua periodicidade.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Monitoramento e avaliação****Ações:**

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** O monitoramento será realizado de forma semanal pela enfermagem. Monitorando a qualidade dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão prontuário médico e odontológico, caderno de vacinação, cadernos de doenças crônicas. Desta forma, será verificado sua qualidade e a possível correção de erros.

**Organização e gestão do serviço****Ações:**

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto

ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

**Detalhamento:** Será continuado a implantação da ficha de acompanhamento, dado conhecer à equipe o registro adequado das informações, mantendo as informações do SIAB atualizadas semanalmente sendo responsável destas a enfermeira, quem será a responsável pelo monitoramento dos registros. Ante situações de alertas de atrasos nas consulta e exames ou outro tipo de atendimento a enfermeira e o médico atuaram para dar solução as mesmas. Serão consultados no mesmo dia e se estabeleceria convenio com a secretaria da prioridade de exames para estes usuários da população alvo

### **Engajamento público**

#### **Ações:**

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento:** A comunidade será orientada sobre a importância de ser necessário uma segunda via assim como seu direito à segunda via se fosse necessário. Será esclarecido os direitos da comunidade em relação a manutenção de seus registros de saúde. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, escola, e, também, realizado em todos as consultas/atendimentos. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

### **Qualificação da prática clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético.



- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas."

**Detalhamento:** Na unidade de saúde no primeiro mês da intervenção o médico e enfermeira farão as capacitações a equipe para o preenchimento adequado de todos os registros para acompanhamento da população alvo.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

## **Monitoramento e avaliação**

### **Ações:**

- Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** O monitoramento será realizado semanal. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão prontuário médico e odontológico. Assim, a cada 7 dias, em reuniões agendadas, os membros da equipe, farão checagem dos registros citados. Desta forma, será verificada realização da estratificação de risco.

## **Organização e gestão do serviço**

### **Ações:**

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** Os usuários avaliados como de alto risco serão assistidos no mesmo turno para agilizar o tratamento e prevenção das complicações precoces.

Deles os que buscarem consulta de rotina terão prioridade o agendamento, com demora menor que 3 dias. Sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

### **Engajamento público**

#### **Ações:**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento:** A comunidade será orientada dos riscos que estão expostos e sobre a importância do acompanhamento e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento desse grupo alvo. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pela equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todos as consultas/atendimentos realizados por toda equipe. Será utilizado também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares sobre o adequado controle de fatores de risco modificáveis. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade (8). Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários, serão discutidos esses temas a fim esclarecer as dúvidas na modificação dos fatores de risco.

### **Qualificação da prática clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis."

**Detalhamento:** Estas capacitações serão feitas no primeiro mês pelo médico e enfermeira da na unidade de saúde. De forma semanal.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.5:** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.6:** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.7:** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8:** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

#### **Monitoramento e avaliação.**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

**Detalhamento:** O monitoramento das orientações será realizado quinzenalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. E também nas visitas domiciliares e consultas mediante o conhecimento adquirido pelo usuário sobre riscos de tabaquismo, a importância da saúde bucal, a atividade física e saúde nutricional. Desta forma, será verificado a adesão dos usuários às orientações feitas pela equipe (12).

### **Organização e gestão do serviço**

#### **Ações:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. "
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. "
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:** Será realizado praticas coletivas para orientação de atividade física e sobre alimentação nutricional semanalmente na unidade de saúde contando com a ajuda do nutricionista e educadores físicos do município. O médico e enfermeira demandara ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono do tabaquismo, na primeira semana da intervenção, e durante o transcurso da mesma se fosse preciso, que serão entregados na farmácia da unidade de saúde e durante as conversas com os usuários que precisem. Será organizado o tempo médio das consultas pelo médico para melhorar as orientações em nível individual.

### **Engajamento público**

#### **Ações:**

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
- Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** Orienta-se à comunidade da população alva e seus familiares sobre a importância de uma alimentação saudável, a prática de atividade física regular, evitar riscos como o tabaquismo mediante a existência dos tratamentos existentes para abandoná-lo e sobre a necessidade de uma boa higiene bucal. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizados por toda a equipe. Será utilizado também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade, líderes comunitários, com a ajuda do nutricionista da área e educadores físicos serão discutidos esses temas a fim de esclarecer as dúvidas. Serão feitas conversas de forma semanal na unidade de saúde com os grupos da população alva para orientar nestes temas, com a participação do nutricionista na orientação nutricional da alimentação saudável, o preparador físico para orientar a importância da atividade física, o médico e enfermeira orientaram sobre os riscos de tabagismo e o odontólogo juntamente com o técnico de odontologia orientarão sobre a higiene bucal.

## **Qualificação da prática clínica**

### **Ações:**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:** As capacitações serão feitas pelo médico e enfermeira na unidade de saúde, de forma semanal para a equipe de saúde, abordando um tema cada semana, durante 4 semanas no primeiro mês.

### **2.2.3 Indicadores**

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 2** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 2** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 4** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.3** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de hipertensos com exame complementar em dia

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.4** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

**Numerador:** Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Denominador:** Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

**Numerador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Denominador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.7** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 3** Melhorar adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.



**Meta 3.1** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Meta 3.2** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Objetivo 4** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.1** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.1** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.3** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação a prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.4** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.5** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.5** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.6** Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.6** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.7** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 6.7** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.8** Garantir orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 6.8** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

A intervenção no programa Hipertensão e Diabetes será pelo protocolo o Caderno de Atenção Básica 36 e 37 de Hipertensão e Diabetes, de 2013.

De acordo com o Caderno de Ações Programáticas onde coletamos dados durante a Análise Situacional, segundo a população da área de abrangência da equipe onde temos 4972 habitantes cadastrados, estima-se que desta população tenhamos 998 Hipertensos e 285 Diabéticos na área de abrangência da UBS e no momento temos cadastrados 4972 pacientes, deles 237 Diabéticos e 738 Hipertensos. Ainda assim buscaremos cadastrar 100% dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da UBS que é muito ampla, nova, e em constantes mudanças, pôr os deslocamentos do pessoal da zona rural. Para isto lançaremos um levantamento de dados dos ACS da UBS e com isto realizaremos busca ativa daqueles que não buscaram o cadastramento no serviço da UBS (13).

Para monitoramento e avaliação da intervenção buscaremos realizar inicialmente o cadastramento de todos os pacientes com Hipertensão e Diabetes da área de abrangência da equipe e com isto contaremos com os ACS

Para registro das informações de atendimento para viabilizar monitoramento das ações utilizaremos instrumentos de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade como ficha (ficha-espelho) e Planilha de Acompanhamento e livro de registro. No livro de registro deve conter os principais dados de acompanhamento do paciente com Hipertensão e Diabetes. Nos demais instrumentos de registro (prontuário clínico), devem conter os dados importantes da anamnese, o registro do resultado dos exames, vacinas, a data dos retornos, consulta odontológica realizada, exame físico geral (incluindo registro de glicemia em jejum, pressão arterial, etc.).

Também registraremos as avaliações de risco e o monitoramento no caso de encaminhamentos para outras especialidades a os pacientes de alto risco. Os dados coletados serão colocados numa planilha do Excel para análise (Planilha de Acompanhamento).

Garantiremos junto aos profissionais de saúde que registrarão adequadamente o atendimento desde a data da primeira consulta e complementado e atualizado os demais documentos o paciente.

Devemos implantar ficha de acompanhamento para o paciente descompensados com acompanhamento domiciliar ou ocupar um espaço na ficha espelho do paciente, para as informações de sua evolução, e também de seu atendimento odontológico.

Não podemos deixar de registrar o atendimento aos usuários no tocante ao exame físico geral. Isto será realizado com anotações no prontuário e na Ficha espelho.

Buscaremos também junto ao gestor garantir que o fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contra referência seja realizado.

Para o controle e registro de Imunização, solicitação de exames, acesso a medicamentos, a exames complementares como USG, encaminhamentos para especialista á pacientes com de alto risco, avaliação e tratamento odontológico como preconizados pelo Protocolo adotado, a enfermeira controlará mensalmente o livro de registro, a ficha-espelho e a planilha de acompanhamento dos pacientes que vieram à consulta de controle, e atendimento odontológico.

Para efeito da melhoria da cobertura serão localizados previamente os prontuários e fichas de os pacientes com Hipertensão e Diabetes que já fazem acompanhamento com a equipe e serão preenchidos os dados nas planilhas de Coleta de Dados e logo será feito a primeira avaliação mostrando os faltosos a consultas, a vacinas e aqueles com atraso nos exames laboratoriais.

Salientamos que todos os pacientes com sintomas e sinais de descompensação são, os sintomas subjetivos de a doença, complicação e/ou de alta do hospital depois do internamento deve ser conhecida, acolhido e cadastrado pelos Agentes Comunitários em cada micro área. Devem colocar à Equipe os pacientes

encontrados e com esta finalidade os casos novos serão dados a conhecer à equipe para a correta avaliação e controle em consulta por médico e enfermeira.

Para efeito do monitoramento da avaliação da necessidade de tratamento odontológico a da avaliação da realização da primeira consulta odontológica dos pacientes com Hipertensão e Diabetes traçaremos estratégia para que o atendimento odontológico seja também registrado no prontuário clínico do paciente, ou que o dado de atendimento do mesmo seja repassado pela equipe de saúde bucal para a enfermeira que monitorará os registros.

Para Organização e Gestão dos serviços devemos capacitar à equipe guiada pelo protocolo adotado de forma que cada um dos membros entenda o seu papel segundo as suas atribuições profissionais de forma a viabilizar a organização do serviço, planejamento e programação.

No que tange ao acolhimento à demanda espontânea na sala de acolhimento de nossa UBS buscaremos capacitar a equipe para a prática adequada do acolhimento com “escuta qualificada”. Buscaremos realizar o acolhimento à demanda espontânea num local “mais reservado” (sala do Acolhimento) para realizar a escuta num local adequado que não sejam a Recepção, Corredores onde o usuário possa expressar adequadamente as necessidades garantindo a privacidade.

Também estaremos explicando em sala de espera como se procede ao acolhimento bem como quais são as prioridades de atendimento (Crianças com Febre, Idosos, Gestantes, Nutrizes e situações de Urgência/Emergência) e ela (a população) poderá adaptar-se à rotina organizada da Equipe.

Na UBS estaremos viabilizando o acolhimento de todos os pacientes Obesos, com hiperlipidêmicas, e outros riscos associados a estas doenças. Para as mesmas o médico e enfermeira solicitarão os exames de glicemia em jejum e cheque-o periódico de a pressão arterial se é confirmado viabilizarão o agendamento e realização das consultas de controle.

Também serão acolhidos os pacientes que buscarem o serviço por demanda espontânea. Para isto a enfermeira e o médico garantirão que terão em sua agenda vaga para atendimento de etos.

As consultas de controle serão organizadas de forma que possamos garantir acompanhamento periódico e contínuo em intervalos preestabelecidos pelo

programa. Todos os pacientes classificados com alto risco devem ser encaminhados e avaliados com as especialidades respectivas.

Pretendemos melhorar a qualidade da atenção destes pacientes e para isto inicialmente buscaremos viabilizar a capacitação dos ACS e dos demais profissionais da equipe sobre as atribuições profissionais na atenção de Diabéticos e Hipertensos. Orientaremos aos ACS de forma que possamos garantir que em cada visita domiciliar, encaminhar todos os paciente com Hipertensão e Diabetes ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce, e monitorar as consultas subsequêntes e que cada paciente e sua família reconheça a importância de realizar exame clínico e testes laboratoriais ante a suspeita destas doenças. Os ACS também orientarão, nas visitas domiciliares acerca da importância de permitir que seja feito o exame físico completo que permita um correto acompanhamento e odontológico em todos os pacientes Diabéticos e Hipertensos, além disso, podem programar em conjunto com a equipe, a realização de atividades educativas nas comunidades, com o apoio dos líderes formais e não formais de a comunidade.

Também deve-se explicar a cada pessoa da equipe sobre o caráter prioritário deste grupo alvo no acolhimento à demanda espontânea ante a aparição de doenças agudas, em qualquer dia da semana, com a organização de prioridades feitas durante o acolhimento na unidade.

No que tange a atenção em saúde bucal pretendemos traçar uma “agenda compartilhada” com a equipe de Saúde Bucal para que viabilizem uma organização para as consultas programáticas em especial para aqueles que apresentam maior vulnerabilidade para as doenças bucais. Estas priorizações poderão, por exemplo, demandar dos atendimentos clínicos quando diante da anamnese e exame físico ao detectarmos problemas bucais em nossos pacientes que possamos encaminhá-los à ESB para avaliação e estabelecimento de plano de tratamento adequado à situação.

Junto ao gestor buscaremos garantir o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico bem como o oferecimento de serviços diagnósticos.

Buscaremos também junto ao gestor garantir o fornecimento de material para a realização do teste rápido de glicemia na UBS e a realização dos exames complementares de rotina destes pacientes e o retorno dos mesmos em tempo hábil, bem como a disponibilização dos remédios preconizados pôr o ministério de

saúde descrito em os protocolos, e outros medicamentos básicos que precisa a demanda.

Devemos melhorar a capacitação de toda a equipe sobre a busca de Hipertensos e Diabéticos faltosos através das visitas domiciliares. Para isto buscaremos capacitar os ACS sobre a busca ativa das faltosos às consultas agendadas bem como daqueles que não estão realizando acompanhamento ainda e já foram diagnosticados ou não tem acompanhamento por nenhum serviço (16).

Junto ao gestor buscaremos viabilizar o deslocamento dos outros profissionais da equipe quando da necessidade da visita domiciliar aos etos pacientes de risco que não possa se deslocar até à UBS.

Buscaremos organizar a agenda do médico, da enfermeira e do odontólogo para acolher a demanda de aqueles pacientes provenientes das buscas.

Buscaremos organizar visitas domiciliares de aqueles pacientes que foram dados de alta hospitalar ainda na primeira semana pós-alta principalmente de aqueles que tiveram complicações durante seu internamento.

Nestas visitas deve participar todos os membros da equipe para garantir qualidade no processo de educação sanitária e aumentar o vínculo da equipe com a família.

No eixo de Engajamento Público, para o fortalecimento da promoção de saúde de nossa população e em especial de etos pacientes deve se fazer ações educativas individuais e coletivas(17).

Para as atividades educativas na comunidade e na UBS contaremos com a participação de toda a equipe e apoio de materiais audiovisuais e da equipe do NASF.

Buscaremos estar orientando desde o acolhimento destes pacientes na UBS até todas as consultas individuais. Realizaremos atividades em grupos de ricos, obesos, hipercolesterolêmicas, etc. Com o apoio dos gestores da comunidade buscaremos garantir a logística para a realização destas atividades começando desde o fornecimento dos protocolos, materiais de apoio áudio visual educativo.

Traçaremos com os ACS as reuniões na Comunidade bem como acerca da organização da logística para a realização das atividades educativas na comunidade. Nestas atividades buscaremos orientar a comunidade, a cada pessoa da família, sobre as doenças ocultas que podem aparecer nestas doenças, bem



como acerca dos riscos do tabagismo e do consumo de álcool e drogas. Também orientaremos sobre a identificação de sinais de alarme destas doenças.

Para a qualificação da Prática Clínica, nas reuniões de equipe estaremos (o médico e a enfermeira) fomentando a realização de discussão em grupos, baseados no Protocolo adotado, acerca dos temas inerentes à intervenção como a importância de ter um estilo de vida saudável, a prática sistemática de exercício físico, manter um peso ideal, a circunferência abdominal, e abuso de consumo de sal e alimentos muito processados e refinados como as açúcares, farinhas, enlatados conservas, importância da imunização e realização de exames complementares, sinais e sintomas de risco para a saúde bucal, sinais e sintomas de risco destas doenças, manejo das intercorrências mais prevalentes nestas patologias, cuidados a pacientes com complicações e seqüelas, dentre outros demandados pela equipe. Na área de saúde bucal contaremos com o odontólogo para capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico nestes pacientes bem como para os diagnósticos das principais doenças bucais, como a cárie e as doenças periodontais.

Cada capacitação durará duas horas. Utilizaremos metodologia onde através de recursos audiovisuais faremos explanações sobre o tema a ser trabalhado através de slides e vídeos. De preferência nas capacitações utilizaremos o projetor multimídia. As capacitações serão realizadas no âmbito da UBS e poderá contar com o apoio da equipe do NASF.

Na qualificação da prática clínica buscaremos fomentar a participação de todos os profissionais da equipe as atividades de planejamento, avaliação das ações da equipe, promoção da mobilização e a participação da comunidade, buscando assim efetivar o controle social, a participação nas atividades de educação permanente e a realização de outras ações e atividades definidas de acordo com as necessidades identificadas



[illegible]

### **3 Relatório da Intervenção**

A intervenção na UBS “Bela Vista” do município Uruçuí, ocorreu durante 12 semanas de trabalho com os usuários com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial e foi desenvolvida segundo o planejado no projeto de intervenção, de acordo com o cronograma, a logística, a planilha de objetivos, metas, indicadores e ações.

#### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas**

Examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

Iremos apresentar as ações que foram planejadas e realizadas no projeto nas 12 semanas de acordo com o eixo proposto.

##### **No eixo de monitoramento e avaliação:**

No decorrer destas 12 semanas, todas as quinta-feira, na tarde 17:00 horas, foram realizadas as reuniões com a equipe para o monitoramento e avaliação de todas as atividades do projeto de intervenção desde a realização das ações até a qualidade do preenchimento das fichas espelhos e prontuários. Foi realizada a análise do comportamento dos indicadores de cobertura, qualidade, adesão, registro, avaliação de risco e promoção da saúde, fazendo uma avaliação dos

resultados em cada semana, analisando os resultados alcançados e o alcance dos objetivos propostos, fazendo as mudanças e tomando estratégias necessárias em cada semana de trabalho.

### **No eixo de organização e Gestão dos Serviços:**

Na primeira semana fizemos uma reunião com a equipe de saúde da unidade, para apresentar o projeto de intervenção previamente conhecido na divulgação deste, em que solicitou o apoio para a logística da intervenção, definição do papel de todos os profissionais nas ações programáticas, organização para a impressão das fichas espelhos necessários para o desenvolvimento do projeto além disso recebemos um novo glicosímetro oferecido pela secretaria de saúde, com suas fitas para o desenvolvimento da pesquisa.



**Figura 1** Fotografia membros da equipe da UBS Bela Vista, Uruçuí, PI.2015

Fonte: arquivos próprios.

**No eixo de engajamento público:**

Nestas semanas de trabalho se realizaram vários contatos com gestores, ACS, líderes da comunidade para diante as visitas domiciliares realizarmos orientações sobre a importância das consultas para o controle e prevenção das complicações destas doenças, a relevância de mudar estilos de vida, para terem uma melhor qualidade de vida, além de orientar como fazer uma dieta saudável e a manter uma atividade física regular, também da necessidade de avaliação odontologia destes pacientes, também realizamos orientações para os ACS, dar a conhecer os cuidados com o pé diabético e outras complicações que podem se prevenir com uma boa higiene e estilos de vida saudável(1,2,12). Nestas semanas foram realizadas catorze atividades de educação em saúde na comunidade, com temas relacionados a estas patologias, onde participaram todo o pessoal do CRAS e NASF (assistente social, psicóloga e fisioterapeuta), algumas destas atividades não foram cumpridas na data do cronograma por diversas causas, a chuva nas primeiras semanas e depois alta taxa de Dengue que teve na zona forçando-nos a fazer outras atividades de prevenção e educação de saúde, para o controle destas doenças, mas foram cumpridas posteriormente.

**No eixo de Qualificação da pratica clínica:**

A capacitação da equipe iniciou-se na primeira semana e estendeu por mais duas semanas, começando com a capacitação da equipe e ACS. Esta capacitação foi realizada na UBS e foi feita pelo médico, capacitaram se os ACS para a busca de usuários sintomáticos, sobrepesos e obesos (síndrome metabólico) e faltosos às consultas. Foi realizada também a capacitação de enfermeiros para aferimento do preção e teste de glicemia, assim como avaliação do risco e síndrome metabólica e capacitação para indicação dos exames de avaliação. Foi realizada a capacitação a todos os profissionais sobre o acolhimento destes usuários, dando prioridades nas consultas. Também capacitou a equipe em saúde bucal.



**Figura 2** Fotografia de Atendimento clínico. Uruçuí, PI, 2015.  
**Fonte** arquivos próprios.



**Figura 3** Fotografia de Atendimento clínico à criança. Uruçuí, PI, 2015.  
**Fonte** arquivos próprios.





**Figura 4** Fotografia de atividade com Grupos coletivos Uruçuí, PI, 2015.

**Fonte** arquivos próprios.

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas**

Descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas:

Todas as ações foram realizadas conforme previsto no projeto, apesar de que algumas tiveram que ser mudadas de datas devido algumas intercorrências como chuvas e outras que justificaram a mudança.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

No início foi difícil, pois a equipe não estava preparada para desenvolver todas as ações propostas pelo projeto de intervenção, mas planejamos um curso de capacitação que abordou os diferentes temas de interesse a serem desenvolvidos no projeto, que foi feito durante a primeira semana de trabalho de intervenção. Além disso, ao longo das semanas a equipe se foi aperfeiçoando o desenvolvimento do trabalho.



Quando eram realizadas as reuniões de equipe, eram avaliadas cada uma das fichas espelhos ou coleta preenchidas com algum problema, esclarecendo qualquer tipo de dúvida, também nas palestras realizadas foram de grande utilidade já que, além de que a equipe se preparava no tema, também trabalha no preenchimento das fichas espelhos e coleta de dados ganhando habilidades cada dia no desenvolvimento desta tarefa. Então ao passo que nós trabalhávamos com os prontuários e avaliação clínica dos usuários, tudo foi ganhando fluidez e qualidade à medida que o projeto se desenvolvia.

Sempre dividíamos o trabalho em duas etapas, uma primeira etapa de preenchimento e avaliação e outra de conciliação e revisão, que geralmente eu fazia na minha casa, para correção de possíveis erros, previstos como repetição de nomes ou avaliações repetidas ou qualquer outra coisa que poderia acontecer, realmente foi difícil, mas o esforço valeu.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Todas as nossas ações que foram previstas no projeto estão relacionadas a rotina diária da UBS, ou seja foram incorporadas ao dia-a-dia da Unidade, aproveitando todos os recursos e atividades desenvolvidas por nossa equipe. Para aplicar no projeto, por exemplo: na busca ativa de pacientes hipertensos, com atraso nas consultas, com sobrepeso, a síndrome metabólica, na avaliação das necessidades de atendimento odontológico, priorizando os Diabéticos e oferecendo atividades de educação na saúde.

A equipe trabalhou com um grau de compromisso importante em função de que o projeto cumprisse seus objetivos e metas e graças a este conseguimos resultados que temos hoje. Conhecemos que ainda tivemos que trabalhar na melhoria da sala de recepção e acolhimento do paciente para desenvolver as atividades com os grupos de pacientes, já que esta unidade de saúde é muito procurada pelos usuários e poderíamos fazer atividades com boa qualidade e garantir que nossos usuários queiram voltar e fiquem satisfeitos pelo atendimento realizado e desta maneira garantir de forma regular o funcionamento destas ações de saúde de forma sustentável, conseguindo melhorias na qualidade de vida de nossa população.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção ocorreu na UBS Bela Vista do município de Uruçuí do estado do Piauí. De acordo com informações da Secretaria Municipal de Saúde de Uruçuí, a população adstrita da Unidade Básica de Saúde Bela Vista é de 4.972 pessoas, sendo 998 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e 285 pessoas com Diabetes, porém o número de Diabético cadastrados na intervenção superou a quantidade informada anteriormente na Análise Situacional.

Propusemo-nos a alcançar a meta de cobertura de 100% dos pacientes Diabéticos e Hipertensos, meta bastante ambiciosa devido à grande quantidade de usuários com que contávamos, a extensão da área, além de outros fatores como o deslocamento de uma grande parte da população, já que muitas trabalham na zona rural, onde tem sua chácara, além de ter casa também aqui no bairro.

No primeiro mês de trabalho tivemos algumas dificuldades que foram solucionadas, com rapidez, como déficit de fitas para o glicosímetro, um glicosímetro novo, além disso, ganhamos dois aparelhos novos de aferir a pressão arterial, graças à colaboração dos gestores e líderes da comunidade.

As atividades do segundo mês foram desenvolvidas de um jeito mais estável contávamos com os recursos necessários para desenvolver nosso trabalho, além disso, sempre aconteceram alguns percalços que atrapalharam o trabalho, a nossa enfermeira teve um acidente de trânsito, incapacitando-a uns dias do trabalho, o carro para fazer as visitas ficou com problemas mecânicos, as chuvas e a alta da dengue foram alguns dos fatores que nos atrapalharam, fazendo que a equipe tomasse outras estratégias, reprogramando e ajustando o cronograma de atividades

para outras datas, mas todas foram realizadas com qualidade e no decorrer do projeto.

No terceiro mês a equipe, já com um domínio maior do projeto e dos pacientes, com ajuda das lideranças da comunidade e a comunidade em geral, mais o trabalho das ACS que foi vital para a identificação dos faltosos, garantindo seu compromisso, com a assistir a consulta e seu acompanhamento, pela UBS, tornou mais fácil as ações e atividades programadas neste período alcançando atender a totalidade dos pacientes e a realização de todas as ações e atividades programadas. É importante sinalar que os conhecimentos alcançados neste período, nas qualificações de prática clínica, com o apoio e engajamento da comunidade e o trabalho da equipe foram os três elementos básicos que permitiu o desenvolvimento da intervenção.

Os resultados quantitativos e qualitativos serão apresentados com base nos objetivos, metas e indicadores propostos, examinando a evolução ao longo dos três meses de intervenção.

**Objetivo1.** Ampliar a cobertura do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

**Meta 1.1.** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

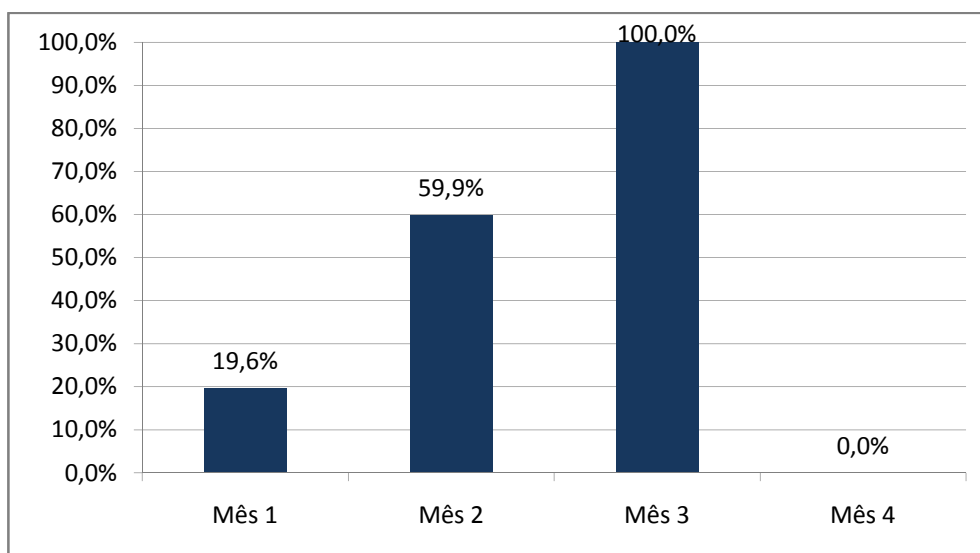
**Indicador 1.1.** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

O programa de melhoria da atenção à pessoa portadora de HAS e/ou DM atingiu uma cobertura de 100% dos hipertensos no final da intervenção, conforme a meta proposta pelo projeto. Considerando satisfatória a intervenção. Cadastramos 998 (100%) usuários hipertensos após três meses de intervenção melhorando sua qualidade de vida.

Segundo a Figura 5, o primeiro mês, foram cadastrados e atendidos 196 (19,6%) usuários hipertensos da área de abrangência da UBS, no segundo mês a cobertura chegou a 598 (59,9%) hipertensos. No segundo mês, além de imprevistos como aumento das doenças infectocontagiosas como a dengue, catapora e outras, a equipe adotou estratégias que permitiram, com ajuda da comunidade e o trabalho destacado das agentes comunitárias de saúde chegar a este número. Uma das

estratégias foi pesquisa a doença em todo usuário que chegava ao serviço para receber atendimento por problemas de saúde agudos era acolhido, cadastrado e em seguida a triagem e o atendimento médico e de enfermagem eram oferecidos.

Já no final do terceiro mês a equipe chegou a cadastrar 998 (100%) pacientes hipertensos dos casos previstos em nossa área de abrangência, ainda este é só o período de um trabalho que continuará. Nesta última etapa a equipe enfrentou os casos mais difíceis, os faltosos, pacientes com abandono do tratamento, pacientes que moram distante da UBS ou trabalham fora da cidade enfim, diversas razões que impediam um controle e acompanhamento deles, segundo os protocolos e pautas pedidas pelo Ministério da Saúde, mas com as visitas da equipe de líderes da comunidade, dos agentes comunitários de saúde, com explicação, persuasão e comprometimento, além de algumas outras ações auxiliaram na melhoria deste indicador tais como, o cadastramento dos hipertensos detectados como casos novos no Programa, atendimento clínico aos usuários hipertensos, em especial para aqueles que vinham até a UBS procurando o serviço sem prévio agendamento, a realização de visitas domiciliares e a busca ativa de usuários hipertensos faltosos a consulta. Assim, a meta foi alcançada, o indicador foi evoluindo satisfatoriamente apesar das dificuldades encontradas no decorrer destas semanas.



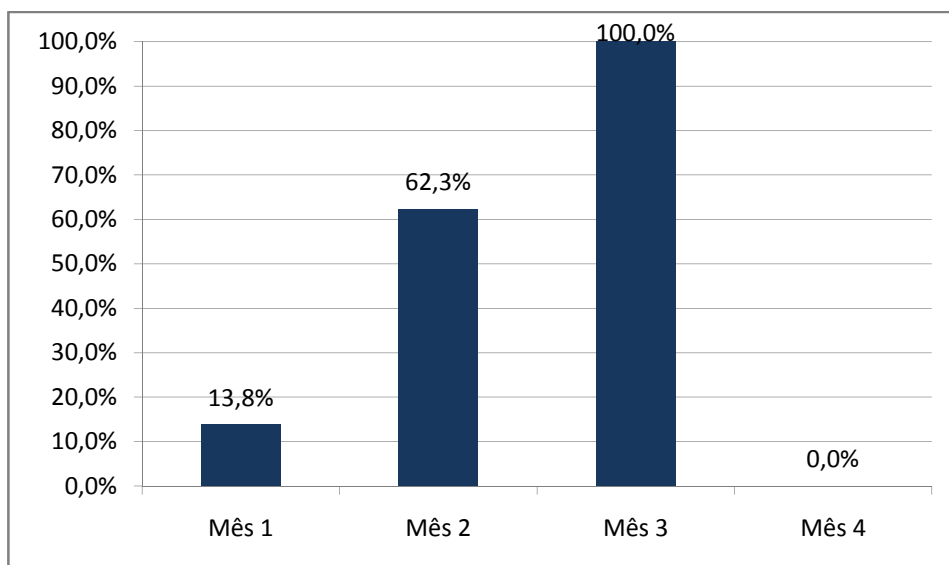
**Figura 5** Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015

**Meta 1.2.** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2.** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

De acordo com a Figura 6, no primeiro mês foram 42 (13,8%) usuários diabéticos cadastrados no programa, no segundo mês a cobertura atingiu 190 usuários (62,3%), no terceiro mês concluímos com 305(100%) usuários cadastrados no programa.

O indicador cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde atingiu um 100% dos usuários portados de DM no final da intervenção, conforme meta estabelecida. Dentre os problemas enfrentados no primeiro mês destacamos a falta de fitas do glicosímetro, além de problemas organizativos que foram resolvidos de imediato. Assim, podemos dizer que o indicador evoluiu satisfatoriamente ao longo dos três meses, pois apesar de algumas dificuldades os resultados foram um aumento progressivo, resultante das estratégias desenvolvidas pela equipe de saúde e a maior organização no serviço oferecido. O aumento da proporção de diabéticos cadastrados também foi produto do apoio logístico oferecido pela comunidade que em várias ocasiões ofereceram suas casas para palestras e consultas, facilitando a acessibilidade a usuários que moram longe da UBS. Podemos destacar que várias atividades foram desenvolvidas para garantir este aumento progressivo no atendimento aos usuários portadores de DM, dentre elas destacam-se: o atendimento clínico a estes usuários, mesmo aqueles usuários que chegavam na UBS sem o agendamento da consulta, eram atendidos, as visitas domiciliares, a busca ativa dos usuários faltosos à consulta e o cadastro dos usuários portadores de DM como casos novos. É importante destacar o apoio prestado pela secretaria municipal de saúde com a logística e o transporte dos lugares mais distantes da área de abrangência.



**Figura 6** Gráfico Cobertura do Programa de atenção ao diabético na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015

**Objetivo 2** Melhorar a qualidade na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1.** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Para melhorar a qualidade na atenção aos usuários hipertensos realizamos o exame clínico em dia dos usuários segundo protocolo adotado na UBS. No primeiro mês o indicador alcançou 196 (100%) usuários, no segundo mês 598 (100%) e no terceiro mês 998 (100%) realizaram o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo. Esse indicador comportou-se segundo o esperado que devia ser 100% em todos os meses. Portanto o indicador número de hipertensos com exame clínico em dia foi cumprido totalmente durante o período.

Neste resultado foram alcançados pelas estratégias organizativas adotadas pela equipe de saúde, após o acolhimento, a triagem e o cadastro (se necessário), priorizavam estes usuários na UBS e logo em seguida os mesmos eram avaliados pela enfermeira e/ou pelo médico e realizado o exame clínico.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2.** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Para realizar o exame clínico apropriado aos usuários portadores de DM segundo protocolos, a equipe realizou o exame em todos os usuários permitindo que durante os três meses da intervenção 100% dos usuários atendidos na UBS foram avaliados com o exame clínico apropriado. Nesse sentido, no primeiro mês avaliamos 42 (100%) usuários diabéticos, no segundo mês atingimos um total de 190 (100%) usuários e no terceiro mês 305 (100%) usuários diabéticos.

Isto foi possível graças à organização e destreza alcançada nestes meses pelos membros da equipe com relação ao agendamento das consultas destes usuários, à priorização dos portadores de DM quando procuravam o serviço sem terem sido agendados, ao apropriado acolhimento realizado pelos profissionais da equipe, assim como a triagem realizada com a maior rapidez possível pelos profissionais da equipe que nesse momento ofereciam o apoio durante as consultas. Também, dentro do exame clínico aos usuários diabéticos dedicamos especial atenção nos pés destes pacientes que tanta importância tem na prevenção de futuras complicações.

**Meta 2.3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3.** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação ao indicador proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo temos que ressaltar a colaboração do laboratório e o apoio dado pela secretaria de saúde do município, para atingir esta meta. Também no caso dos usuários hipertensos que necessitam do eletrocardiograma como um dos exames complementares mínimos de acordo com o protocolo, foi de vital importância a colaboração do hospital através de coordenações feitas pela secretaria municipal de saúde. Desta forma, no primeiro mês foram feitas 196 (100%) consultas de pacientes hipertensos avaliados que realizaram os exames complementares, no segundo mês atingimos um total de 598 (100%) usuários, no terceiro mês chegamos a 998 (100%) usuários que realizaram os exames complementares de acordo com o protocolo.

Podemos citar a estreita vinculação e parceria que foi feita com o laboratório, secretaria municipal de saúde, permitindo conhecer os nomes dos usuários

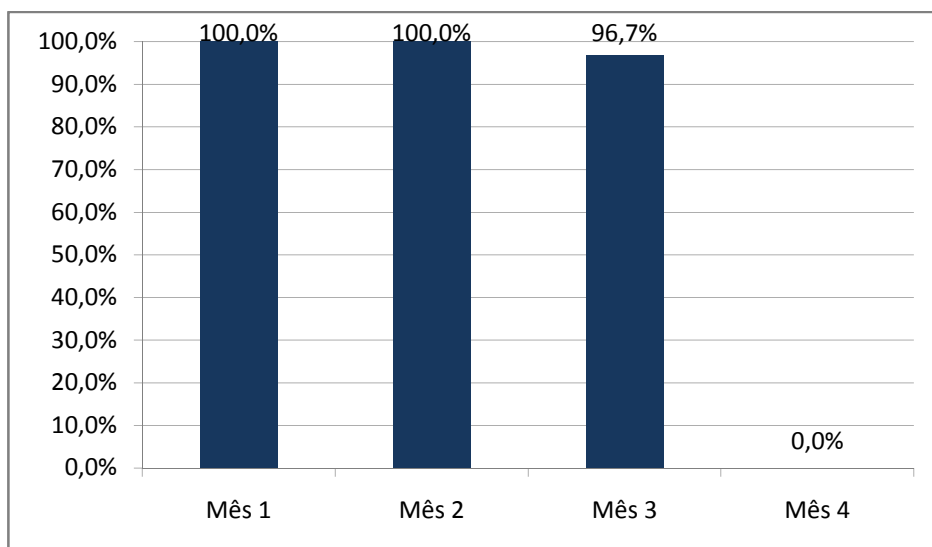
portadores de HAS e/ou DM que não foram realizar a coleta de sangue, assim como aquelas coletas não úteis e que precisavam ser refeitas, encaminhando nosso trabalho em garantir que estes casos voltaram e fizeram o exame, fundamentalmente para realizar a busca ativa na área de abrangência. Esse mecanismo de comunicação foi de vital importância, pois desta forma a equipe tem um controle sobre a realização dos exames complementares pelos usuários.

**Meta 2.4.** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4.** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Segundo a Figura 7, esta meta não foi alcançada em 100% dos usuários. No mês 1 foram 42 (100%) com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no segundo foram 190 (100%) EME no terceiro mês apresentamos dificuldade com 10 usuários que não puderam fazer os exames, de 305 usuários cadastrados e acompanhados pela equipe só 295 (96,7%), realizaram exames complementares em dia de acordo com o protocolo e isto foi devido a vários fatores como o problema para deslocar-se os usuários, o extensa da área de abrangência, a instabilidade laboral onde muitos tem que ir a seus chácaras o trabalham para fazendas no interior e o tempo no povo é breve além de outros que pela idade e dificuldade financeira ou para deslocar-se não conseguiram fazer, a equipe se esforço e tomamos várias estratégias com o transporte, além de que contamos muitas vezes com o apoio da prefeitura e da secretaria de saúde mas não alcançamos a deslocar o 100%, sendo uno dos pontos para continuar trabalhando e resolver nos próximos dias. Apesar das dificuldades enfrentadas, o indicador foi desenvolvido acho positivamente alcançando um 96,7% de usuários com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.





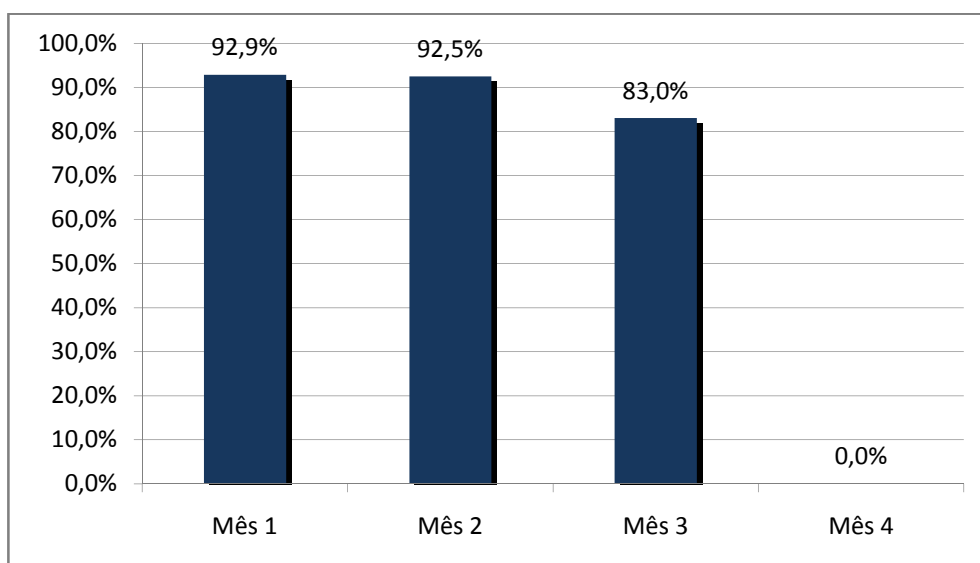
**Figura 7** – Gráfico da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS/ESF Bela Vista, Uruguí/PI.2015

**Meta 2.5.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5.** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Segundo a a Figura 8, o indicador proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada teve um resultado positivo para os usuários hipertensos, mas não alcançamos a meta planejada, pois no primeiro mês foram 182 (92,9%) usuários hipertensos com prescrição da farmácia popular, no segundo mês a proporção chegou a 553 (92,5%) usuários hipertensos e no terceiro mês terminamos com 823 (83%) dos usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. A meta não foi atingida devido a que alguns usuários possuem planos de saúde e tomarem outras medicações orientadas pelos seus médicos, também tem outros com doenças cardiovasculares graves não receberam essa prescrição porque a medicação indicada pelos cardiologistas são combinações de remédios que a farmácia popular não oferta, além de uma minoria que prefere comprar marcas comerciais que ao que foi explicado para eles as bondades de poder ter este programa garantido pelo ministério de saúde preferem comprar seus remédios.

Os demais usuários conseguiram realizar o cadastro nas Farmácias Populares do Município e passaram a tomar o medicamento sem dificuldades. Isso graças às orientações oferecidas por integrantes da equipe de saúde durante ou após os atendimentos individuais ou reuniões de grupos, palestras, etc. O comportamento do indicador teve uma redução no terceiro mês já que foi o maior número de casos de pacientes faltosos que coincidiam muitos com pacientes com planos de saúde ou tratamentos orientados por especialistas que não tem a farmácia popular.



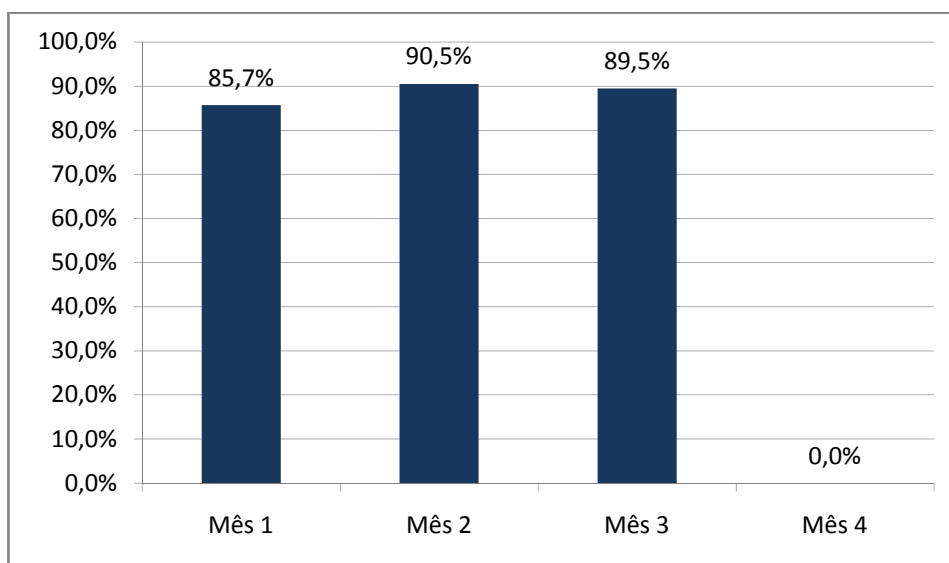
**Figura 8** Gráfico da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia Priorizada na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015

**Meta 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6.** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Segundo a a Figura 9, com relação a este indicador proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, podemos dizer que no primeiro mês de 42 avaliados 36 (85,7%), usuários diabéticos receberam prescrição de medicamentos da Farmácia popular no segundo mês a proporção foi de 172 ( 90,5% ) dos diabéticos do programa e no terceiro mês atingimos 273 (89,5%) dos diabéticos inscritos no programa com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Não atingimos a meta

proposta devido ao mesmo motivo explicado para os usuários hipertensos, alguns foram avaliados por outros especialistas (cardiologistas) e receberam a prescrição de medicamentos que não estão disponíveis na rede pública. O indicador prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia evoluiu satisfatoriamente durante o período avaliado. As ações que contribuíram para o aumento desse indicador foram às orientações oferecidas aos pacientes pelos integrantes da equipe de saúde e as prescrições dadas pelo médico e pela enfermeira.



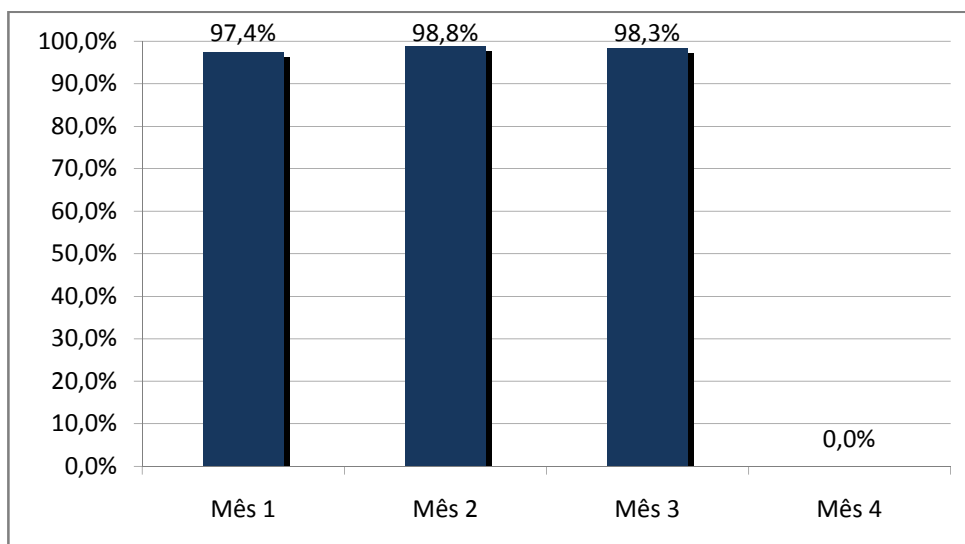
**Figura 9** Gráfico da Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015

**Meta 2.7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7.** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

De acordo com a Figura 10, neste indicador a proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico alcançou no primeiro mês 191(97,4%), usuários no segundo mês atingiu 591 (98,8%) e no terceiro mês a proporção atingiu 981 (98,3%) dos hipertensos cadastrados . Essa meta não foi atingida em 100% dos casos, considerando que o atendimento odontológico acontecia durante os atendimentos clínicos realizados pela enfermeira e pelo médico e tivemos algumas dificuldades com a odontóloga que ficou grávida e por razões de

desconforto tinha que abandonar a consulta ficando estes casos pendentes para remarcação de seu atendimento.



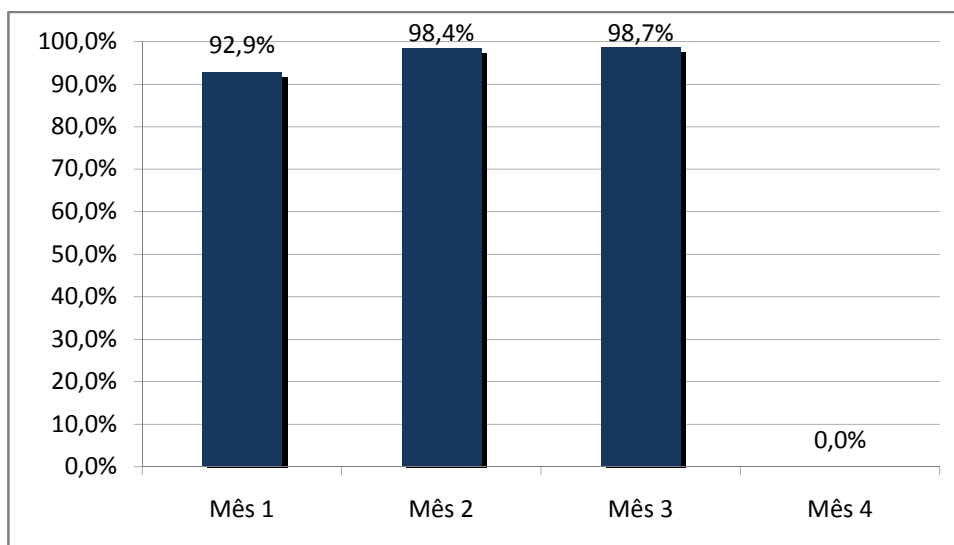
**Figura 10** Gráfico da Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015

**Meta 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8.** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Este indicador proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico não alcançou o 100% dos diabéticos cadastrados, como vimos na Figura 11. No primeiro mês foram 39 (92,9%) dos diabéticos cadastrados no programa, no segundo mês foram 187 (98,4%) e no terceiro mês concluímos a intervenção com 301 (98,7%) diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Nesta meta não foi possível atingir muitas avaliações pela odontóloga, mas o médico e enfermeira durante os atendimentos clínicos o faziam..

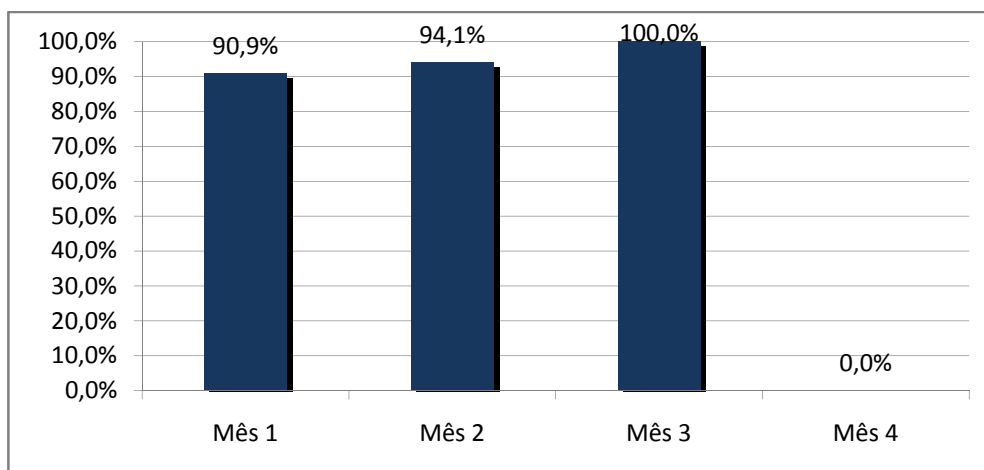


**Figura 11** Gráfico da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015.

### **Objetivo 3.** Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

**Meta 3.1.** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

De acordo com a Figura 12, no primeiro mês, de 11 usuários que faltaram a consulta, 10 (90,9%) receberam a busca ativa. No segundo mês foram 16 (94,1%) e no terceiro mês concluímos a intervenção com os 229 (100%) usuários faltosos buscados. Gostaríamos de ressaltar que foi realizada a busca ativa de todos os usuários, onde se envolveu não só a equipe, mas também trabalhamos em parceria com a comunidade, seus líderes e os próprios moradores para poder realizar esta pesquisa. As dificuldades foram muitas, mas conseguimos atingir o 100% dos pacientes da área de abrangência.



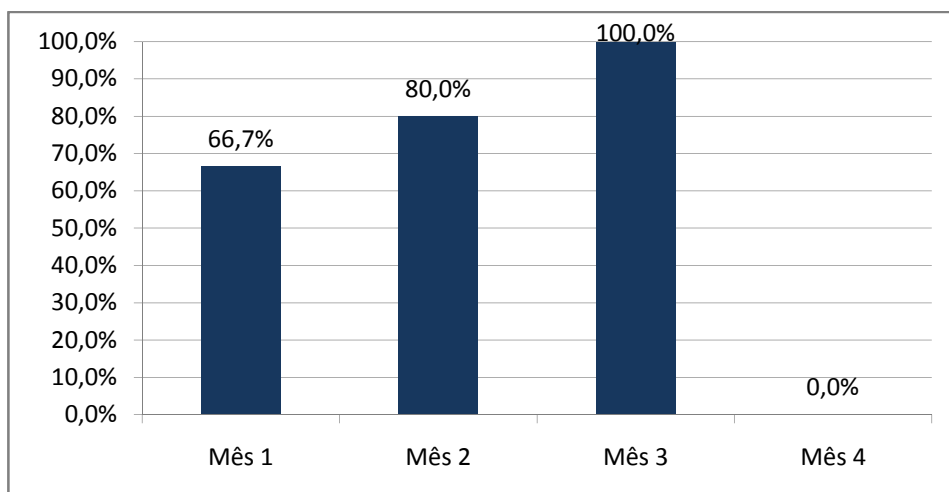
**Figura 12** Gráfico da Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015

**Meta 3.2.** Buscar 100% dos Diabéticos faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2.** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Neste indicador proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa atingiu, de acordo com a Figura 13, no primeiro mês, 2 ( 66,7%) dos 3 usuários diabéticos faltosos às consultas. Já no segundo mês a proporção atingida foi de 4 ( 80%) de 5 casos dos usuários faltosos às ações programadas e no terceiro mês a atingimos 100% da busca ativa dos 52 diabéticos faltosos às consultas.

É mérito ressaltar o trabalho das ACS responsáveis de cada área as quais davam seguimento, procuravam os novos endereços e marcavam o dia da visita destes pacientes, só entregava-se o nome deles e elas com ajuda da comunidade localizavam e agendavam todo o trabalho, também foi vital, a organização alcançada durante a intervenção definiu o desenvolvimento positiva do indicador, pois muitas vezes organizamos consultas e pesquisas para o mesmo dia em que se disponibilizava o transporte para viajar aos lugares mais distantes, assim desta forma podia se realizar busca ativa no mesmo dia da atividade.



**Figura 13** Gráfico da Proporção de Diabéticos faltosos as consultas com busca ativa na UBS/ESF Bela Vista, Uruçuí/PI.2015

#### **Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.1.** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em todos os três meses de intervenção conseguimos alcançar a meta de 100% e o registro adequado na ficha de acompanhamento foi garantido graças à colaboração da secretaria municipal de saúde que promoveu todo o apoio logístico necessário para a realização de toda a documentação. No mês 1 foram 196(100%), no Mês 2 foram 598 (100%) e finalizamos no mês 3 com os 998 (100%) com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Meta 4.2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2.** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Esta ficha de acompanhamento dos usuários diabéticos, já existente na UBS permitiu o registro das informações de forma mais rápida. com registro adequado na ficha de acompanhamento. No mês 1 foram 42(100%), no Mês 2 foram 190 (100%) e finalizamos no mês 3 com os 305 (100%) diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Contamos sempre com ajuda da gestão municipal que providenciou os materiais para a intervenção.

**Objetivo 5.** Realizar mapeamento nos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

A realização da estratificação do risco cardiovascular dos usuários hipertensos de nossa UBS. A equipe conseguiu atingir a meta de 100% dos usuários, nos três meses de intervenção. Sendo que o primeiro mês fizemos a avaliação do risco cardiovascular a 196 (100%) usuários hipertensos atendidos, no segundo 598( 100%) dos hipertensos cadastrados com estratificação de risco realizada, e no terceiro mês atingimos 998 (100%) dos hipertensos cadastrados na área com estratificação de risco cardiovascular. As visitas domiciliares em busca de familiares que oferecessem informações sobre a patologia e nos apresentassem algum tipo de documento médico para confirmarmos a classificação foi de grande utilidade no desenvolvimento de esta meta.

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2.** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Em todos os três meses de intervenção conseguimos alcançar a meta de 100% dos diabéticos avaliados, realizando a estratificação de risco cardiovascular para todos. No mês 1 foram 196(100%), no Mês 2 foram 598 (100%) e finalizamos no mês 3 com os 998 (100%) com diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

. É importante mencionar que durante o exame clínico feito pelo médico, demos ênfase na avaliação de pé diabético e não diagnosticando nenhum caso com pé diabético.

**Objetivo 6.** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.



**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.1.** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Durantes os três meses a proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi atingido em 100%, sendo 196 (100%) hipertensos no primeiro mês, 598(100%) no segundo e 998 (100%) no terceiro. Estas orientações são realizadas aos usuários pelo médico da equipe no tempo médio da consulta para explicar os alimentos que devem ser incorporados à dieta e quais são aqueles que devem ser diminuídos ou substituídos por outros mais saudáveis, dependendo do nível econômico e cultural do paciente. Também, foram feitas atividades com o grupo de usuários hipertensos para estimular estas práticas, com ajuda da assistência social a prefeitura e a psicóloga do CAPS, onde demonstramos para estes pacientes como podemos fazer e manter uma dieta saudável, esta atividade se fazia uma vez a mês.

**Meta 6.2.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2.** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em todos os três meses de intervenção conseguimos alcançar a meta de 100%. No mês 1 foram 42(100%), no Mês 2 foram 190 (100%) e finalizamos no mês 3 com os 305 (100%) diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. As orientações nutricionais foram estratégias adotadas pela equipe no tempo médio da consulta, além disso, tivemos o apoio da nutricionista do NASF que realizou várias palestras com orientações para os grupos de diabéticos e hipertensos da UBS.

**Meta 6.3.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 6.3.** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Em todos os três meses de intervenção conseguimos alcançar a meta de 100%. Em todos os três meses de intervenção conseguimos alcançar a meta de 100%. No mês 1 foram 196(100%), no Mês 2 foram 598 (100%) e finalizamos no mês 3 com os 998 (100%) hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

As orientações sobre prática de atividades físicas regulares aos usuários hipertensos foi um tema que a equipe levou sempre com tanta importância já que estas orientações são vitais para garantir a qualidade de vida destes pacientes, fazendo ênfases durante o atendimento clínico e as visitas domiciliares, onde a enfermeira e o médico tiveram um maior protagonismo.

**Meta 6.4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 6.4.** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Em todos os três meses de intervenção conseguimos alcançar a meta de 100%. Em todos os três meses de intervenção conseguimos alcançar a meta de 100%. No mês 1 foram 42(100%), no Mês 2 foram 190 (100%) e finalizamos no mês 3 com os 305 (100%) diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Em relação às orientações sobre a prática de atividade física regular, a equipe enfatizou no tema, também vital para este grupo, tomando a iniciativa dos mesmos usuários, criamos um grupo de dança que foi apoiado pela prefeitura com uma professora que os assiste duas vezes por semana, também se criou um grupo para fazer caminhadas. Nestes grupos participam as ACS ou técnico de enfermagem os quais refere a pressão antes e depois de terminar a atividade. Devemos destacar o apoio dos gestores municipais para estimular este tipo de atividade.

**Meta 6.5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 6.5.** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês foram 196(100%) , no segundo mês atingiu 598 (100%) e no terceiro mês fechou com 998(100%) hipertensos. Todos acompanhados pela equipe, garantindo as orientações sobre riscos do tabagismo a totalidade dos usuários acompanhados nos três meses da intervenção. E destaque a totalidade porque alguns deles são só passivos e ficam em risco. Este indicador comportou-se de forma positiva durante toda a intervenção.

**Meta 6.6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 6.6.** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês foram 42, no segundo mês atingimos 190 e no terceiro mês 305, fechando em 100% de proporção em todos os meses. Também se comportou de forma positiva durante toda a intervenção este indicador.

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 6.7.** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Em todos os três meses de intervenção conseguimos alcançar a meta de 100%. Em todos os três meses de intervenção conseguimos alcançar a meta de 100%. No mês 1 foram 196(100%), no Mês 2 foram 598 (100%) e finalizamos no mês 3 com os 998 (100%) hipertensos com orientação sobre higiene bucal

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 6.8.** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Em todos os três meses de intervenção conseguimos alcançar a meta de 100%. Em todos os três meses de intervenção conseguimos alcançar a meta de 100%. No mês 1 foram 42(100%), no Mês 2 foram 190 (100%) e finalizamos no mês

3 com os 305 (100%) diabéticos com orientação sobre higiene bucal. Nas consultas, palestras, visitas, reuniões fazíamos ênfases na importância da higiene bucal e a correto escovado dos dentes, contamos com profissionais bem capacitados que abordaram de forma que os pacientes de qualquer grau de instrução conseguissem compreender a importância deste hábito higiênico, também se falou sobre quais são as substâncias adequadas no caso de possuir próteses e da detecção precoce das lesões na mucosa oral. Durante os atendimentos clínicos e consultas eram feitos exames da mucosa oral. Devemos destacar que para dar cobertura a esta meta pedimos apoio a secretaria municipal de saúde para ter acesso atendimento em outro posto de reforço, esta estratégia da equipe foi indispensável para cumprir a meta, pelo volume de casos que uma só odontóloga não poderia, ela avaliava as necessidades de atendimento e os pacientes com possibilidades de deslocar-se eram encaminhados para o posto agendado pela secretaria de saúde, além de casos complexos como necessidade de próteses ou lesões em mucosa oral que precisaram avaliação por outra especialidade odontológica.

Em geral, podemos mencionar que dentre das ações que facilitaram alcançar os resultados nos indicadores foram: o aproveitamento dos registros dos hipertensos e diabéticos cadastrados já existentes na UBS conjuntamente a impressão da ficha espelho disponibilizada pela UFPEL, além das feitas pela equipe resultou de grande valor para alcançar estes resultados; manter os atendimentos (consultas e visitas domiciliares) o acolhimento dos pacientes hipertensos e diabéticos na UBS, todos os dias da semana durante este período do projeto garantiu a confiança em nossos usuários e seu retorno a consulta; garantir o material e equipamentos necessários para a aferição da pressão arterial, realização do hemoglicoteste de glicemia, mensurações foi vital para alcançarmos os resultados (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica); a capacitação de nossos profissionais da equipe de saúde, as reuniões onde a equipe discutia para definir as atribuições de cada profissional da equipe, a realização do exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos e estabelecer a periodicidade da capacitação dos profissionais ao longo da intervenção foram pontos vitais em nosso trabalho; o desempenho da enfermeira na realização de ações educativas para os hipertensos e diabéticos e familiares destes; também realizou consulta de avaliação clínica de acordo com o protocolo e atribuições dadas aos profissionais, solicitação de exames complementares de rotina, orientar tratamento conforme protocolo do serviço;

transcrições de medicação controlada da Farmácia/Hiperdia, na identificação dos casos de alto risco cardiovascular e outras complicações frequentes, encaminhamentos para avaliação por outras especialidades, realização de atividades com grupos de hipertensos e diabéticos; a realização de visita domiciliares e outras atividades que foram feitas no decorrer da intervenção.

As melhorias não terminaram e sabemos que falta muito por fazer, mais este tempo foi um adestramento, agora a equipe fica muito mais preparada, organizado, com experiência, além de que contamos com o engajamento da comunidade para o desenvolvimento de atividades de educação, prevenção e promoção de saúde, e o compromisso dos líderes e gestores em o gerenciamento dos problemas da comunidade, ressaltando o mais importante o seguimento das ações a estabilidade no trabalho, como rotina diária a seguir, por isso repetiu, o trabalho não termina apenas continua.

## **4.2 Discussão**

Gostaríamos de chamar este trabalho de intervenção de relevante, pois este fato marcou o antes e o depois no trabalho da UBS Bela Vista do município de Uruçuí, conseguindo realmente um trabalho em equipe, apoderando-se de um papel protagonista em mudanças acontecidas no desenvolvimento de todas as ações de prevenção, promoção e reabilitação de saúde, envolvidos para que o processo de trabalho fosse qualificado e outras ações programáticas fossem implementadas

O projeto de intervenção permitiu a união da equipe e a confiança em cada um dos seus membros na toma de decisões, a busca de soluções e estratégias para alcançar os objetivos propostos pelo trabalho. Além de tudo expressado também neste projeto permitiu e conseguiu uma estreita parceria com a equipe, como a comunidade tornando-se parte da equipe conjuntamente com seus líderes na busca de soluções aos problemas

Quando começamos o trabalho de intervenção na UBS Bela Vista nossa área de abrangência a maior da zona urbana do município Uruçuí contava com 998 usuários portadores de HAS e 285 usuários portadores de DM cadastrados já na UBS, para uma população de 4.972 habitantes para 913 famílias. Também gostaria de ressaltar que a UBS Bela vista está situada numa área formada por quatro

bairros dos deles relativamente novos com muitas moradias ainda em construção e distantes da unidade, além disso, muitos moradores ficam mais tempo em suas chácaras em povoados vizinhos que é na própria comunidade, fazendo difícil o controle deles e o trabalho dos ACS, as quais fazem um esforço, mas acho que são insuficientes para cobrir todas as áreas.

Todos estes elementos que comentamos anteriormente e a irregularidade com a permanência do médico fizeram com que nossa UBS não tivesse um controle regular e adequado das consultas e registros nas fichas de acompanhamento, além de uma baixa cobertura no atendimento oferecido aos pacientes e uma inadequada avaliação dos atendimentos. Na UBS tinha um cadastro da área onde contavam cadastrados 998 hipertensos e 285 diabéticos muitos deles com atrasos nas consultas agendadas, todo isto com uma repercussão negativa na qualidade dos atendimentos e o seguimento dos pacientes, como falamos anteriormente a unidade não tinha um trabalho sistemático e uma permanência do médico, provocando muitas irregularidades no atendimento, isso fez que fosse afetada também a realização de exames complementares, a irregularidade do atendimento, trouxe desconforto, insegurança e em alguns usuários hasta abandono do tratamento. Por todos estes elementos expressados foi a escolha e o objetivo geral do nosso trabalho, melhorar a atenção à saúde do usuário portador de HAS e/ou DM na UBS/ESF Bela Vista, Município Uruçuí.

Durante o trabalho de intervenção, na minha UBS, se garantiu que os registros das pessoas portadoras de HAS e DM fossem realizados de forma organizada e com regularidade. Os atendimentos clínicos de pacientes portadores de HAS e/ou DM também foram realizados com o máximo de qualidade, também sua avaliação de risco cardiovascular e os exames clínicos dos pés, nos pacientes portadores de DM, elemento este que contribuiu na diminuição das aparições de complicações, além de fazer diagnósticos diferenciais de doenças como fungos, lesões por hanseníase, entre outras possíveis, úlcera ou pé diabético. Com relação a busca ativa de pacientes faltosos à consulta, temos que dizer que não foram todos os pacientes com HAS e/ou DM receberam a busca ativa muitos foram a consulta de forma espontânea ou trazida pelas ACS nas consultas agendadas ficando os casos mais difíceis para o final do terceiro mês, os mais distantes, os novos e com os que se teve que trabalhar mais em seu controle. Durante este período também realizamos capacitações dos profissionais da equipe e monitoramento e avaliação

das atividades planejadas. Além de ter vários contatos com as lideranças e membros da comunidade, sendo isso um dos elementos mais relevantes do projeto de intervenção. Graças a esta parceria conseguimos resolver muitos dos problemas apresentados no decorrer do trabalho, além da busca da ativa a faltosos que sem ajuda da comunidade não se teria alcançado convencer e acompanhar a todos estes pacientes, tendo em vista que eles acompanharam nossas ACS, deram cobertura com suas casas para a realização de palestras e atendimentos, transmitindo a informação do projeto a toda a comunidade, entre outras atividades. O que nos permitiu desenvolver o projeto de intervenção com qualidade e incorporar todas estas experiências ao trabalho cotidiano do dia a dia.

Dentro das ações com maior importância que contribuíram a realização das atividades assistenciais para o cadastramento, avaliação e outras atividades desenvolvidas pelo projeto foram as capacitações feitas para todos os membros da equipe, a definição das atribuições de cada membro para o exame clínico, realização de visitas domiciliares, busca ativa de usuários faltosos às consultas, como outras atividades de engajamento público contribuíram para o desenvolvimento com qualidade do atendimento. Além dos problemas enfrentados, temos que destacar o apoio da prefeitura e da secretaria de saúde, com a logística em geral como disponibilização de canetas, folhas, xerox para prontuários e fichas espelhos, fornecimento de alguns alimentos como frutas refrigerantes tec, para desenvolver atividades de grupos e capacitações os membros da equipe.

Outra das atividades a realizar que nos permitiu um melhor controle foi a manutenção das informações nos registros, como SIAB e registros internos, além disso, se realizou um controle do estoque de medicamentos (HIPERDIA), suas datas de vencimento e se organizaram de forma alfabética para uma melhor organização, com uma ficha de entrada e saída, tendo um controle mais exato da existência do estoque de medicamentos e uma maior racionalidade agora para fazer os pedidos já dependência das necessidades da UBS, também o controle, monitoramento e avaliação das atividades planejadas foi outro item a checar rigorosamente. A capacitação de nossos profissionais de saúde, sobre os protocolos de HAS e DM e protocolos de atendimento preconizados pelo Ministério da Saúde também foram desenvolvidos com sucesso.

Outro elemento a destacar foi a parceria com a comunidade e seus líderes, os quais contribuíram a realização das atividades de educação e promoção em

saúde. Também neste período do projeto de intervenção vale destacar cada uma das atividades realizadas foi uma experiência nova para a equipe ganhando em conhecimentos e habilidades que, no decorrer do projeto foram consolidando o trabalho da equipe, eu mesmo convertendo uma ocorrência diária. Um de nossos maiores desafios na intervenção foi a capacitação da equipe para conseguir seguir as recomendações e protocolos do Ministério da Saúde com relação ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos pacientes portadores de HAS e/ou DM. Nesta atividade ganhou protagonismo o desempenho do trabalho desenvolvido pelo médico, a enfermeira, e da auxiliar de enfermagem fundamentalmente, além do interesse demonstrado pelos membros da equipe que demonstraram dedicação e compromisso com o desenvolvimento do projeto.

Além das reuniões preparatórias do projeto e da primeira semana, sobre como ficaria a capacitação dos profissionais da equipe, resolvemos fazer uma reunião uma vez a mês para desenvolver os diferentes temas implicados no projeto, a primeira reunião definimos as atribuições de cada membro da equipe para a realização do exame clínico dos pacientes portadores de HAS e/ou DM e fizemos um cronograma das atividades da capacitação dos profissionais no transcurso do projeto de intervenção.

Sobre o trabalho desenvolvido pela enfermeira de forma geral podemos dizer que realizou ações educativas para os pacientes hipertensos e diabéticos e seus familiares; também ofereceu consulta de avaliação clínica, segundo protocolo e atribuições, solicitar exames complementares de rotina, orientou tratamento conforme protocolo; trabalhou na prescrição de medicação controlada, (HIPERDIA), na identificação dos casos de alto risco cardiovascular e outras complicações encontradas, também encaminhou pacientes para avaliação de outros especialistas; participou e desenvolveu atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos; trabalhou nas visitas domiciliares, e na busca ativa dos usuários faltosos às consultas.

O trabalho do médico foi encaminhado fundamentalmente, a consultas de avaliação aos pacientes portadores de HAS e DM; solicitou os exames específicos para estes pacientes segundo especificidades de cada caso e segundo protocolos do Ministério da Saúde; trabalhou na orientação dos usuários hipertensos e diabéticos quanto aos fatores de riscos, alimentação saudável, tabagismo e outras complicações; além de encaminhar nos casos que apresentaram algum sinal de



gravidade ou complicação de sua doença para o hospital regional; trabalhou na atualização e cadastro do medicamento controlado nas farmácias/Hiperdia popular e os pedidos do município, e na realização de visitas domiciliares e palestras.

Sobre o trabalho desempenhado pelos técnicos de enfermagem devemos destacar sua participação na realização de ações educativas e de prevenção, conferir a pressão arterial e outras mensurações como peso, altura, circunferência abdominal, teste de glicemia, além de fazer as anotações destes dados nos prontuários clínicos e nas fichas espelhos; também participaram nas atividades com os grupos de HAS e DM; e como o primeiro contato dos pacientes era com eles durante o acolhimento geralmente, levavam informações valiosas sobre suspeita de complicações, mudanças no tratamento, ou qualquer outra não relacionada, como estádios febril, infecções ou qualquer elemento interessante a ser avaliado pelo médico e a enfermeira durante a consulta. Outra atividade desenvolvida pelos técnicos em enfermagem foi fornecimento da medicação aos usuários mediante receita médica, quando a demanda o exigia.

Agora é digno de destaque o trabalho dos agentes comunitários de saúde na busca ativa dos pacientes faltosos a consulta; na realização das visitas domiciliares, na identificação dos atrasos na realização dos exames complementares, sendo um ênfase indispensável entre a secretaria o laboratório e a UBS, permitindo poder levar um controle dos indicados, os realizados, as amostras não uteis que precisavam repetir e as não realizadas. Além disso, colaborou com a mensuração de medidas como peso, altura e conferiram o uso dos medicamentos indicados de cada um dos pacientes avaliados. Sua participação na organização todas as atividades programadas de educação, promoção e prevenção de saúde na comunidade também foi vital.

Durante o projeto ganhamos a confiança dos hipertensos e diabéticos aumentando sua capacidade de gestão na solução de muitos problemas da comunidade, engajando ativamente todos os pacientes envolvidos no projeto.

Em relação a trabalho desenvolvido no serviço, podemos dizer que o projeto de intervenção trouxe uma melhoria na qualidade do atendimento, um maior controle sobre os registros e atividades desenvolvidas, pois anteriormente tudo o trabalho recaia nas mãos da enfermeira fundamentalmente, porque não tinha estabilidade com o médico na UBS. No atendimento a demanda espontânea era auxiliada pelos demais profissionais e não existindo nenhum controle na UBS. Com a chegada do

médico, no início do projeto de intervenção, a equipe mudou restaurando sua organização e controle, aumentando a cobertura, os atendimentos passaram a ser oferecidos com maior qualidade e cada profissional passou a assumir o seu papel dentro da UBS. Foram feitos os arquivos específicos e livros de controle que permitiram que o grupo de monitoramento e avaliação fiscalizasse os processos semanalmente e discutisse-os na reunião mensal da equipe de saúde.

Também se realizou o controle de estoque de medicamentos (HIPERDIA) fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, organizando-os alfabeticamente e classificando-os por doenças com um cartão de entrada e saída que facilitava o controle e os pedidos. A demanda espontânea se enfrentou da seguinte maneira os pacientes com alto risco eram atendidos no mesmo dia dando prioridade a eles. Foi feito um livro com os registros específicos para pacientes portadores de HAS e DM, onde se puderam ter um controle dos agendamentos das consultas clínicas e odontológicas, também dos resultados dos exames e classificação dos riscos cardiovascular. Apesar desse registro, essas informações também ficavam registradas nas fichas espelhos disponibilizadas pela UFPEL e no prontuário individual.

O projeto de intervenção trouxe grande vantagem para a comunidade, pois foi a priorização do atendimento aos usuários portadores de HAS e DM, diminuindo o tempo de espera, e garantindo-se a prescrição e adesão aos tratamentos nas farmácias populares/HIPERDIA, regularizando e mantendo uma estabilidade nos tratamentos prescritos pelo médico. Também com este trabalho de intervenção conseguimos engajar a comunidade e seus líderes nas atividades feitas de forma que eles tivessem um protagonismo e uma participação ativa no desenvolvimento destas ações, além da tomada de decisões e solução dos problemas da comunidade. É mérito destacar que a adesão aos tratamentos, ao controle específico de cada paciente e as atividades coletivas de forma geral, permitiram que os níveis pressóricos de glicemia fossem mais controlados.

Agora, depois de transcorrido este processo, para todos de aprendizagem e ganho de experiências, podemos dizer que a equipe se encontra preparada para enfrentar novos desafios e solucionar possíveis problemas que poderão acontecer na rotina diária da UBS. Tenho a certeza que com as experiências e conhecimentos adquiridos pelos profissionais da equipe da UBS, a comunidade se encontra muito bem acompanhada. Podemos dizer que todas as nossas equipes têm resolvido uma

capacitação com qualidade permitindo desenvolver um trabalho organizado e planejado, para desenvolver estratégias e solucionar todos os problemas enfrentados, demonstrando competência e compromisso com a saúde da comunidade.

Outro elemento a ser ressaltado neste período de intervenção foi a incorporação de todas as atividades realizadas à rotina diária do serviço da UBS de maneira regular e permanente, permitindo que, à medida que o trabalho evolui e se desenvolve a equipe também vai avançando e ganhando em qualidade e experiência. Além disso, não podemos dizer que tudo está feito e que se alcançou todo o desejado, sabemos que ainda faltam muitas coisas a serem resolvidas e a aprender, que só o trabalho diário dirá a última palavra. Temos ainda que trabalhar mais na conscientização da população, na percepção do risco, mudanças de estilo de vida saudável, na solidariedade para que entendam o porquê da priorização do atendimento aos usuários portadores de HAS e DM, especialmente aos de alto risco, também queremos desenvolver ações mensais em toda a comunidade aumentando a cobertura do atendimento, sobretudo dos pacientes com HAS e/ou DM e manter a pesquisa e o rastreamento dos pacientes hipertensos e diabéticos para detecção de casos novos que com certeza aparecerão. Também temos o compromisso de continuar com as capacitações para manter o nível de conhecimento e adquirir novos em dependência das necessidades, também pretendemos mantermos com as reuniões mensais e as discussões e avaliações das atividades realizadas durante o mês. Garantir o monitoramento e avaliação dos processos segundo o preconizado pelos protocolos do Ministério da Saúde e outra das tarefas a manter pela equipe de saúde da UBS.

Continuamos trabalhando com aqueles que apresentam maior necessidade de atendimento odontológico e que por alguma razão não fizeram o tratamento ou não terminaram este, então dessa forma, temos que remarcar sua consulta, da mesma forma acontece com os exames de laboratório com amostra não úteis e uma minoria de pacientes com dificuldade para deslocar-se que não foram fazer os exames, casos estes que tem que remarcar. Para dar solução a este problema pedimos uma reunião com líderes da comunidade e gestor para pedir ajuda a prefeitura e a secretaria de saúde para, uma vez por semana, pegar um carro e levar estes pacientes que não podem deslocar-se ou não tem recursos, a laboratório ou qualquer outra consulta que precisarem dentro do município acompanhados de suas

respectivas ACS. Este é um tema ainda a ser resolvido, mas temos a certeza que conseguiremos nos próximos dias, e desta forma dar um jeito na melhorada qualidade da atenção de nossos pacientes.

Outro tema que tratamos com os gestores e líderes da comunidade são os espaços públicos da comunidade, que não tem, não existem praças ou locais que se possam usar como pontos de encontro, apropriados aonde permitam desenvolver atividades de promoção e prevenção de saúde, com os grupos criados pela equipe, pois só contamos com os espaços da UBS que são um pouco pequenos para desenvolver estas atividades, como por exemplo, a prática regular de exercícios físicos com apoio do educador físico das escola

Por todas estas razões sabemos que falta muito a fazer e conquistar, pelo que o trabalho continua, com maior organização, com uma visão melhor de onde estamos e para onde vamos a nosso trabalho, garantir as conquistas que conseguimos e continuar com ações que favoreçam a saúde de nossa comunidade.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Prezado gestor:

Boa tarde, venho por meio da presente carta comunicar-lhe que durante um período de 14 semana foi feito um trabalho de intervenção na reorganização do Programa de Atenção às pessoas com Hipertensão e/ou diabetes de nossa UBS e sua área de abrangência. Está intervenção é o elemento chave do Trabalho de terminação de Curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família que venho fazendo como membro do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), realizada e dirigida pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS/UFPEI).

É importante ressaltar que essas 14 semanas de trabalho foram precedidas de outros nove meses de atividades deste curso de especialização. Nossa equipe da UBS Bela vista, trabalho direcionando a atenção do Programa de acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes sem deixar de trabalhar nas outras atividades que fazem parte da rotina diária da UBS, e com o compromisso de integrar nosso trabalho cada dia mais a comunidade, que é o objetivo fundamental da atenção básica e saúde da família. Durante este tempo conseguimos resultados muitos favoráveis, que mesmo não cumprindo todas nossas expectativas, tenho a certeza que marcou um antes e um depois em todos os membros da UBS e envolvidos no projeto, destacando o engajamento da comunidade, que desde o começo da divulgação do projeto ficaram motivados, este fato marcou um início no planejamento de trabalhos para o desenvolvimento de outras atividades para grupos específicos, permitindo-lhe aos usuários participar de maneira ativa em todas as atividades, facilitando seu engajamento e fazendo uma

parceria forte com a UBS . No começo do projeto a divulgação foi uma ferramenta fundamental que serviu como elemento motivador para incentivar a incorporação dos pacientes as atividades planejadas pela equipe de saúde da UBS. Também vale a pena destacar, que durante o desenvolvimento do projeto de intervenção toda comunidade com seus líderes e a população em geral de nossa área de abrangência, participaram de forma ativa das atividades planejadas pela equipe de saúde, conseguido atingir ao 100% dos usuários Diabéticos e Hipertensos de nossa área de abrangência aumentando a cobertura de atenção durante estes três meses de intervenção até um 100%, no programa de atenção ao hipertensos e diabéticos na UBS Bela Vista. A satisfação da população foi de fato o elemento mais marcante, com os atendimento oferecido pela equipe, a organização e participação nas atividades, a organização do trabalho da equipe a rapidez dos atendimentos, as melhorias nos estados de saúde dos usuários, o grão de compensação das doenças, a diminuição das complicações e seqüelas produzidas por estas doenças durante estes três meses, Garantindo o sucesso e um maior interesse dos pacientes pelas atividades planejadas e desenvolvidas pela equipe de saúde.

Como todo trabalho nos enfrentamos a muitas dificuldades que foram resolvidas no transcurso do projeto de intervenção, é importante ressaltar que este tem desenvolvido nos membros da equipe de altíssimo profissionalismo e de trabalho em equipe, elemento de extrema importância para o trabalho na UBS, consolidando a organização e proporcionando a implantação dos protocolos de atendimento disponibilizados pelo Ministério da Saúde e facilitado pela UFPEL. Por meio desta intervenção, se esclareceram as atribuições de cada um dos profissionais da equipe, e tornar cada um deles um gestor em saúde para a comunidade, melhorando o setor científico das capacitações e desempenho oferecidas pelo médico e a enfermeira. Foi um grande desafio está preparação para todos nós, permitindo que hoje fiquem mais preparados para o enfrentamento dos problemas do dia a dia e buscar as melhores soluções e as mais adequadas em cada situação, para que o desenvolvimento das atividades seja ótimo.

Neste período de 12 semanas é bom destacar que foram desenvolvidas um grupo de ações que permitiram a equipe pôr em dia as consultas atrasadas de 100% dos usuários portadores de HTA e/ou DM já cadastrados, aumentar a cobertura de atendimento até um 100% dos pacientes portadores de HAS e de DM. O registro destes usuários foi feito de forma sistemática e organizada, devido a criação dos

arquivos específicos, que levavam um controle sobre a população de nossa área de abrangência, Também influiu o bom acolhimento e a realização da triagem dos profissionais da equipe. É importante sinalar que o engajamento dos líderes e população geral de nossa área de abrangência, foi um fato que teve um peso importante no desenvolvimento das ações do projeto, brindando seu valioso apoio tanto na logística dentre as possibilidades, como incentivando a participação dos membros da comunidade nos grupos específicos, além da ajuda aos profissionais na busca de faltosos entre outras. O grau de organização logrado nos atendimentos médicos e as consultas agendadas foi um elemento relevante da intervenção, demonstrando alto nível de profissionalismo permitindo a realização estas e outras atividades em nossa área de abrangência. Outra das vontades deste trabalho de intervenção o agendamento da coleta de sangue no laboratório e das consultas com o dentista, dependendo das prioridades avaliadas particularmente em cada pacientes segundo seus riscos e outros particulares que se tiveram em conta, como idade, seqüelas entre outras.

Também temos alguns elementos que foram favoráveis durante a implementação do projeto de intervenção, nossa equipe contou com o apoio incondicional da comunidade e seus líderes, além que é meritório destacar a atitude e vontade da administração do governo municipal e a secretaria de saúde, em função do transporte a logística em algumas atividades e o agendamento das consultas no laboratório e com os dentistas de outros postos, além disso a equipe enfrentou dificuldades como falamos anteriormente, alguns objetivos de infraestrutura pendentes a serem resolvidos e outros subjetivos, dependendo de algumas situações de organização, mas temos a certeza que no transcurso do trabalho da administração serão resolvidos. Todas as ações tiveram como fator comum a coesão da equipe, com parceria da comunidade e o governo local, brindando a logística para que as atividades e ações planejadas se desenvolveram da melhor qualidade possível. Por tudo isso, foi possível a realização das ações programáticas, como foi o caso do deslocamento da equipe para as visitas domiciliares e a comunidades mais distantes aqueles, também se priorizaram usuários acamados ou com algum tipo de seqüela que dificultará seu deslocamento, idosos e outros casos que foram avaliados pela equipe, para se deslocar até o local de atendimento ou de exames. Outro elemento que ajudou foi fornecimento de forma permanente de insumos para o trabalho como canetas, folhas, fitas para a glicemia,

etc., permitindo manter a sistematização e controles dos registros já existentes na unidade. As atividades de grupo se mantiveram com uma programação constante, graças a esta colaboração e á estreita parceria com a comunidade. Conseguindo modificar estilos de vida, estimular uma alimentação saudável, práticas de atividade física de forma regular e pôr em reduzir as sequelas e complicações que possam deixar estas doença crônicas. Ainda precisamos ganhar mais espaços para manter e incrementar as atividades de grupo, já que ficamos muito limitados em espaço no posto.

Para garantir a continuidade do trabalho e o bem-estar de nossos usuários e população em geral. Acho que seria importante que os gestores refletiram e avaliaram respeito quanto mais poderíamos fazer para melhora do bem estar da população, com o apoio deles, para aumentar o número de atividades com espaços para desenvolver estas, com os diferentes grupos de usuários portadores de HAS e DM, em os próximos meses de trabalho e também melhorariamos a cobertura do atendimento para desenvolver com qualidade as demais ações programáticas. Com estas iniciativas conseguiríamos diminuir o número de encaminhamentos para centros especializados de segundo nível, além disso se pudéssemos incrementar o número de atividades de prevenção e promoção de saúde, assim como ficar com um NASF mais perto da unidade, elemento este que se discutiu com força pela equipe e a comunidade com os gestores, e já se tomam as estratégias para resolver este pedido, nós asseguro a prefeita da cidade, entretanto, as parcerias com o NASF e seu especialistas ajudam a resolver os casos mais relevantes. Outra das iniciativas que poderíamos levar a conceber com ajuda dos gestores, é a capacitação de mais profissionais para o uso da medicina alternativa, como a medicina verde com baseamento científico e estudos comprovados, acupuntura e outras técnicas realizadas no mundo com sucesso e avaliadas por OMS, conseguindo reduzir o número e consumo de medicamentos em estes usuários, pelo que a iniciativa de fazer um jardim com plantas medicinais com ajuda da comunidade, para garantir o abastecimento destas e o apoio dos gestores seria fundamental para conseguir o terreno para a construção do jardim. A equipe em geral fica satisfeita com a colaboração oferecida pelos gestores pois com certeza ajudou para que o trabalho da equipe se desenvolvesse com maior qualidade, Pelo que podemos falar que nestes momentos nosso equipe está pronto para desenvolver qualquer ação de



saúde e com a vontade de continuar proporcionando o trabalho que garante uma melhora na qualidade de vida de nossa população.

Devemos ressaltar que a gestão tem conseguido um grande avanço com o trabalho de intervenção oferecido pela UFPEL em nossa UBS, já que melhorou o controle dos trabalhadores, descentralizando a fiscalização na UBS. Também podemos destacar a economia conseguida pelo planejamento dos remédios, que antigamente atingiam fundamentalmente às ações de saúde, onde os medicamentos tinham maior consumo e uso descontrolado, agora com o projeto de intervenção mediante o agendamento das consultas e visitas conseguimos maior controle deles. Todos estes fatos permitiram que a equipe madurasse profissionalmente com uma maior organização no trabalho, consolidando as atividades planejadas como por exemplo o agendamento de consultas, visitas domiciliares, reuniões de grupos, e as reuniões da equipe. É digno de sinalar o respeito e confiança alcançado pela equipe dentro da comunidade, já que sempre foi uma máxima escutar suas idéias e sugestões na toma de decisões julgando um papel protagônico nos resultados do projeto.

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Este projeto de intervenção desenvolvido na UBS Bela Vista, foi dirigido com o objetivo principal de melhorar a atenção à saúde dos usuários portadores de HAS e/ou DM, que não tinham um acompanhamento regular e de qualidade, já que a equipe não contava com a presença regular do médico, da organização e ferramentas necessárias para oferecer uma atenção de qualidade a estes usuários. Embora com a aplicação do projeto dirigido pela UFPEL, e a implantação dos protocolos de atendimento disponibilizados pelo Ministério da Saúde conseguimos reverter estes fatos. Por outra parte permitiu se identificaram com clareza cada uma das atribuições dos profissionais da equipe de nossa UBS, com a capacitação e guia da universidade convertendo-se em verdadeiros gestores de saúde para comunidade conseguindo melhoras no quadro de saúde da UBS, aumentando a qualidade das consultas e atendimentos em geral, tendo um controle mais preciso dos usuários acompanhados, dando prioridades a pacientes portadores de HAS e DM incluídos no projeto, o acompanhamento regular dos pacientes nas consultas e visitas programadas foi outro elemento de destaque, que trouxe uma maior qualidade nos tratamentos oferecidos a estes paciente, também aumento a frequência de consultas agendadas e um acompanhamento mais perto dos casos de maior risco e com sequelas. O projeto de intervenção trouxe mudanças significativas no bem estar da população da área de abrangência, não só na parte assistencial, se não também dando um protagonismo a comunidade em relação a toma e busca de soluções a problemas surgidos. É uma mudança radical no contexto da saúde, posto que antigamente os usuários e comunidade em gerar tinham um papel passivo e hoje tem um papel protagonista, engajando e envolvendo

a comunidade com a UBS. Gostaríamos de relatar a participação ativa da comunidade nas atividades com grupos específicos de DM e HTA, oferecendo apoio logístico e de infraestrutura, brindando suas casas para o desenvolvimento de ações de saúde. Ficando como elemento chave da parceria UBS comunidade, punindo em prática o engajamento público, Deste jeito tornaram-se cada vez mais fortes o engajamento público, na tomada de decisões, transporte, na capacitações dos profissionais, outras atividades com os grupo, na luta por conquistar espaços com o fim de uso público, na organização das consultas e seu agendamento. A escolha de promotores de saúde permitiu participação ativa da comunidade na tomada de decisões e nas atividades propostas pela equipe, não como cargo público, mas sim como membro ativo de saúde para apoiar as ações e agilizar o contato com os grupos.

Este vínculo cada vez mais estreito entre a comunidade e a UBS permitiu uma melhora na qualidade de vida das pessoas de nossa comunidade, ganhando está em conhecimentos, cumprindo com as indicações do médico e a enfermeira, segundo os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde com relação à necessidade de mudanças de estilo de vidas mais saudáveis, como atividade física regular, dieta balanceada o regime segundo o caso, também temos que ter presente que a especialização foi uma ferramenta fundamental para alcançar todas estas vantagens, além de permitirmos continuar o trabalhando consolidando este vínculo UBS comunidade e garantir o cumprimento dos princípios do SUS . E temos a certeza que continuaremos com apoio de todos vocês para continuar avançando neste trabalho tão nobre que e levar saúde a povo brasileiro.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Com este trabalho de intervenção, a equipe da UBS Bela Vista, da saída a totalidade de objetivos traçados pelo projeto, cumprido nossas expectativas em algumas ocasiões superadas pela capacidade e maturidade demonstrada pela equipe na solução das dificuldades encontradas no transcurso do trabalho. Neste curso consolidou-se a implantação do modelo de estratégia em saúde da família, com ajuda e guia da UFPEL, permitindo a inserção dos protocolos e estratégias preconizadas pelo Ministério da Saúde na atenção primária de saúde, porta de entrada do SUS, oferecendo ao usuário uma atenção de alta qualidade e de fácil acesso. O desenvolvimento do projeto permitiu uma melhor organização e coesão da equipe, conseguindo atingir os principais problemas de saúde em nossa área de abrangência como as enfermidades diarreicas e parasitárias, de transmissão respiratória e infecto contagiosas como dengue, entre outras, sendo tudo isto possível pelas ações de promoção e prevenção desenvolvidas na área de abrangência, além de manter um controle e acompanhamento regular dos usuários com patologias crônicas, impedindo aparição de complicações destas doenças crônicas, como insuficiência renal, pé Diabético, úlceras, retinopatias e neuropatias diabéticas, não tivemos nenhum caso de crises hipertensiva, ima ou AVE, entre outras no período.

E acho que uma das coisas mais importantes a sinalar é o nível profissional alcançado pela equipe neste tempo de implementação do projeto, graças a capacitações feitas com a guia da universidade UFPEL, permitiu elevar o nível de

científico e de conhecimentos da equipe, não há dúvidas disso, que o projeto de intervenção foi o catalizador das mudanças e os metas alcançadas, elemento fundamental que nós permitiu realizar com sucesso todas as ações programáticas planejadas, e convertendo cada um dos membros da equipe em verdadeiros gestores de saúde para nossa comunidade. O time conseguiu no transcurso do trabalho um alto grau de maturidade e profissionalismo como falamos anteriormente, permitindo solucionar as diversas dificuldades e imprevistos surgidos, com inteligência e habilidade, superando muitas vezes minhas expectativas. Poderíamos citar muitos exemplos deste batalhar pela solução dos problemas, mas nos referiremos só alguns dos mais relevantes como foi a busca de faltosos à consulta, onde a equipe conseguiu mobilizar e comprometer a comunidade e seus líderes formais e informais para a localização e controle destes, onde se trabalhou forte no convencimento destes usuários, que foram recuperados para a UBS, porque muitos moram distantes ou já se atendiam em outras unidades, sendo vital esta parceria conseguida com a comunidade e gestores municipais para a logística das atividades e transporte, para levar os pacientes que precisaram algum tipo de atendimento, coleta de exames ou consulta de odontologia entre outras, que pelas condições econômicas e de saúde não poderiam deslocar as unidades que brindariam o serviço.

Também este trabalho permitiu que os gestores participaram, vendo de cerca os principais problemas de saúde que atingem a comunidade, comprometendo-os para continuar trabalhando na melhoria destas condições de saúde. Além das dificuldades já sinaladas, a equipe conseguiu o engajamento de todos os atores criando um vínculo estreito que nós permitiu e tenho a certeza que permitirá continuar avançando e alcançando novas metas mais ambiciosas, importante sinalar estas palavras, compromisso e alternativas, porque quando se trabalha comprometido se buscam e sempre se encontram alternativas e foi o que demonstrou a equipe, não ficar esperando a expectativa, reagir e encontrar soluções estratégicas que permitam desenvolver as atividades planejadas, muitas destas estratégias só hoje na UBS, como as reuniões com os líderes da comunidade para o intercâmbio e retroalimentarmos dos diferentes problemas surgidos na comunidade e procurar as soluções, além das capacitações para avaliação da prática clínica dos profissionais da equipe entre outras. Eu gostaria de dizer que para muitos de nós o projeto e o curso em geral tem sido uma experiência frutífera desde o ponto de vista profissional

e humano, com passagem inesquecíveis para nossa vida profissional, o curso permitiu incrementar e consolidar nossos conhecimentos sobre saúde da família tanto no prático como no científico, com a guia da universidade UFPEL e os protocolos oferecidos pelo ministério de saúde do Brasil. Além de todo o exposto anteriormente para a equipe em geral é importante destacar que o curso conseguiu levar a formação e o nível científico de cada um dos integrantes e por suposto também para a comunidade, que ganhou em conhecimentos que os ajudam a mudar a estilos de vida que garantissem uma maior qualidade de vida e prevenção de muitas doenças, em geral a comunidade foi muito receptiva envolvendo-se no projeto de forma plena. O protagonismo da equipe e seu alto grau de compromisso com a comunidade conseguiu o respeito por a liderança da comunidade e gestores municipais conseguindo que mudassem a visão que tinham sobre atenção primaria de saúde, compreendendo a importância de desenvolver ações de saúde direcionadas a comunidade com base no planejamento do orçamento municipal para as futuras ações de saúde desenvolvidas pela administração para melhorar a qualidade de vida de nossa população.

Um elemento do curso que gostaríamos de destacar, foi que nos permitiu conhecer situações enfrentadas por outros colegas, compartilhar as nossas e interagir virtualmente a traves do fórum, ganhado todos em experiências e conhecimentos, esta possibilidade foi muito legal, experiências diferentes tanto nos casos, como o acolhimento, visitas e consultas, podendo estabelecer alguns padrões, que possibilitaram fazer mudanças oportunas em diferentes momentos do projeto para conseguir os resultados esperados. Por outra parte os casos interativos do curso e os testes de qualificação cognitiva, foram de grande importância para nossa preparação profissional, consolidando e aperfeiçoando nosso desenvolvimento na prática clínica. Também foi muito importante contar com a ajuda e guia do Orientador que foi nosso pilar e guia, nosso apoio, aclarando nossas dúvidas e corrigindo nossos erros, condescendo-nos de forma certa na elaboração do TCC.

Com certeza nosso maior reto foram as dificuldades no transcurso do trabalho, dificuldades que foram enfrentadas e resolvidas pela equipe, com inteligência e profissionalismo e por suposto também foram nossa maior motivação, criando as estratégias e procurando as soluções certas para cada situação, em

parceria estreita com a comunidade, engajando a todos seus membros em o desenvolvimento das atividades e na busca e solução das dificuldades. Embora o trabalho estruturado, planejado e bem direcionado, nós permitiu aumentar a organização das diferentes ações de saúde realizadas, além da consolidação dos conhecimentos científicos alcançado pela equipe.

Acho que se tivéramos que fazer um resumo de nosso maior resultado neste trabalho sem lugar a dúvidas eu direi que foi, ver alcançado um forte vínculo, uma estreita parceria com a comunidade, interagindo de forma direta com a equipe na toma de decisões nas atividades, estabelecendo uma parceria que espero que continue no futuro garantindo um sucesso permanente do trabalho em nossa UBS, nós sentimos muito gratos e acho que é uma das maiores recompensas de um profissional quando ouvimos de nossos pacientes a gratidão por nosso serviço, frases como 'graças a Deus e a vocês estou muito melhor', 'foi uma benção de Deus ter a vocês por aqui', são muitas as expressões de carinho e respeito ganhadas pela população, ficar emocionado seria muito simples para expressar o imenso prazer e gratidão que nós provoca estas expressões, por outra parte seríamos egoístas se falássemos que o mérito é só nosso, porque junto com a gente fica uma equipe de profissionais que sem eles não haveria sido possível, além de contar com a guia e apoio da universidade e o ministério de saúde do Brasil, que em grão medida permitiram que fosse possível este projeto para que a comunidade e outras tantas no Brasil contaram com um melhor acesso a saúde, cumprindo os princípios de equidade, universalidade e integridade que preconiza o ministério de saúde do Brasil.

Como muitos dos médicos envolvidos no programa o curso motivo muita expectativa, pois sabíamos que nos enfrentávamos não um novo trabalho mas se a uma situação e realidade diferente que não conhecíamos e represento um reto em todos os sentidos, mas sempre tivemos a certeza e a confiança do sucesso, com mente positiva, com profissionalismo e dedicação no trabalho, sabíamos o que poderíamos fazer pela saúde desta comunidade e com as ferramentas que disponibilizou a universidade e o ministério fiz que todo resultara muito melhor, conseguindo as mudanças e metas preconizadas e esperadas pelo Ministério da Saúde do Brasil.

Para concluir gostaria de dizer que o curso em geral foi de grande valor pois consegui consolidar minha formação profissional, já que os protocolos fornecidos, os

casos clínicos estudados e à doenças em geral recebida, são ferramentas que aplico em meu atuar profissional diário.

Além de todo o anterior não posso deixar de mencionar que o curso me permitiu aumentar meu desenvolvimento no manejo dos cursos online, que confesso foi um pouco difícil a começo, mas logo consegui ampliar meus conhecimento de como usar os links e os diferentes abordagens para desenvolver as atividades, além de oferecer-me grande quantidade de informação para o estudo independente, pelo que considero que seria muito legal manter este tipo de estratégia atualização para que os profissionais da saúde mantenham um alto nível científico, além de que o ministério se retroalimenta de todas as atividades realizadas e a população continuaria recebendo um serviço de melhor qualidade.



## Referências

BRASIL a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. 128 p. : il. ()

BRASIL b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus** (Cadernos de Atenção Básica, n. 36.. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il.

## **Anexos**



**Especialização em  
Saúde da Família**  
e Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS  
FICHA ESPELHO

## Anexo A Ficha espelho

[illegible]



**Anexo C** Documento do comitê de ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel	

## **Anexo D** Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, Omar Agudo Diaz de Villegas, Médico Clínico Geral, 2200274 e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que